

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI VE ETKİNLİK
ANALİZİ**

Doktora Tezi

ABDULAZİZ GÜLAY

İstanbul, 2021

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI VE ETKİNLİK
ANALİZİ**

Doktora Tezi

ABDULAZİZ GÜLAY

Danışman: PROF DR İCLAL ATTİLA

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	i
TABLOLAR LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
GRAFİKLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE SAĞLIK SİGORTALARININ FİNANSMANI

1. Literatür Taraması	3
2. Sigortanın Tanımı	9
2.1. Sigortacılıkta Risk Kavramı	11
2.2. Riskin Özellikleri	11
3. Sağlık Sigortası	12
3.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı	12
3.2. Sağlık Sigortasının Tanımı	13
4. Sağlık Sigortasının Finansmanı	15
5. Sağlık Sigortasının Finansman Fonksiyonları	17
5.1. Gelir Toplama	18
5.2. Fon Oluşturma	20
5.3. Sağlık Hizmeti Satın Alma ve Tahsisat	22
6. Sağlık Sigortalarında Finansman Yöntemleri	23
6.1. Sosyal Sağlık Sigortası	24
6.2. Vergilerle Finansman	26
6.3. Özel Sağlık Sigortası	28
6.4. Cepten Ödemeler	30

7. Dünyada Sağlık Sigortacılığı	31
7.1. Amerika Birleşik Devletleri	31
7.1.1. Kamu Sağlık Sigortaları	34
7.1.1.1. Medicare.....	35
7.1.1.2. Medicaid.....	36
7.1.2. Kar Amaçlı Özel Sağlık Sigortaları	37
7.1.3. Blue Cross ve Blue Shield Planları	37
7.1.4. Bağımsız Sigorta Planları	38
7.2. Almanya	39
7.2.1. Yasal Hastalık Sigortası.....	42
7.2.2. Özel Sağlık Sigortaları	44
7.2.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları	45
7.3. İngiltere	46
7.3.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)	49
7.3.2. Özel Sağlık Sigortaları	51
7.3.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları	52
9. Sağlık Hizmetleri.....	53
9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	54
9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	55
9.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	55
9.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	55
9.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	56
9.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	56

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ GENEL YAPISI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

1. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığına Genel Bakış	57
2. 2006 Tarihli Sosyal Güvenlik Reformları	58
3. Sosyal Güvenlik Kurumu.....	59
4. Genel Sağlık Sigortası	59
4.1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı ve Amaçları	61
4.2. Genel sağlık Sigortasıyla Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Organizasyonel Yapı	63
4.3. Genel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	64
4.3.1. Sosyal Sağlık Sigortası Primleri	65
4.3.2. Vergiler	65
4.3.3. Özel sağlık Sigortası Primleri	66
4.3.4. Cepten Ödemeler.....	67
5. 5510 Sayılı Kanun Çerçevesinde GSS’ye İlişkin Başlıca Hüküm ve Esaslar	67
5.1. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılanlar	67
5.2. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılmayanlar.....	68
5.3. GSS’den Yararlanma Şartları ve Prim Oranları	69
5.4. GSS Kapsamında Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri	69
5.5. GSS Kapsamında Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri	70
5.6. Katılım Payı Uygulaması	70
5.7. İlave Ücret	71
6. Özel Sağlık Sigortası: Tanım ve Kavram	71
7. Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı	74
8. Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri	76
8.1. İkame Edici Özel Sağlık Sigortası	76
8.2. Destekleyici Özel Sağlık Sigortası	77
8.3. Tamamlayıcı Özel sağlık Sigortası	78
9. Özel sağlık Sigortalarında Poliçe Türleri	80
9.1. Bireysel (Ferdî) Özel Sağlık Sigortası	80
9.2. Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası	81

10. Özel Sağlık Sigortalarının Finansmanı ve Primlendirme	82
11. Özel Sağlık Sigortalarında Teminatlar	85
11.1. Ayakta Tedavi Teminatları.....	86
11.2. Yatarak Tedavi Teminatları.....	87
11.3. İlave Teminatlar	88
11.4. Yurtdışı Tedavi Teminatı	89
11.5. Teminat Kapsamı Dışında Kalan Haller	89
12. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi	90
12.1. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Tarafları	91
12.1.1. Sigortacı	91
12.1.2. Sigorta Ettiren	91
12.1.3. Sigortalı.....	92
12.1.4. Lehtar	92
12.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	92
12.3. Sözleşme İptali	93
13. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı.....	93
13.1. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Gelişimi	94
13.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Mevcut Durumu.....	96
14. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığına İlişkin İstatistikler	98
14.1 Sigortalı ve Sözleşme Sayıları	98
14.2. Prim Üretimleri ve Artış Oranları	99
14.3. Sigorta Şirketlerinin Prim Üretimleri ve Pazar Payları.....	100
14.4. Gerçekleşen Hasar, Teknik Kar ve Hasar Prim Oranları	102
14.5. Sigorta Şirketlerinin Hasar Prim Oranları	103
15. Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları	104
15.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Hukuki Dayanağı.....	105
15.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Kapsamı ve İşlevleri	106
15.3. GSS’de Geçerli Olan İlave Ücret ve Katılım Payı Uygulamaları	108
15.3.1. Katılım Payı Uygulaması	108
15.3.2. İlave Ücret.....	109
15.4. Sağlık Uygulama Tebliği	110

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

VERİ ZARFLAMA ANALİZİ'YLE TÜRKİYE'DEKİ ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ETKİNLİK ANALİZİ

1. Etkinlik Kavramı	112
1.1. Teknik Etkinlik	113
1.2. Tahsis Etkinliği	113
2. Veri Zarflama Analizi: Tanım ve Temel Kavramlar	114
3. Veri Zarflama Analizi'ni Uygulamanın Temel Amaçları	117
4. Veri Zarflama Analizi'nin Uygulama Alanları	119
5. Veri Zarflama Analizi'nin Uygulama Aşamaları	120
5.1. Karar Verme Birimlerinin Seçimi	121
5.2. Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi	122
5.3. Verilerin elde Edilebilirliği ve Güvenilirliği	123
5.4. Modelin Belirlenmesi ve Görel Etkinliğin Ölçülmesi	124
5.5. Etkinlik Değerlerinin Belirlenmesi	125
5.6. Referans gruplarının Belirlenmesi	125
5.7. Etkin Olmayan Karar Verme Birimleri İçin Stratejilerin Belirlenmesi	126
5.8. Sonuçların Değerlendirilmesi ve Yorumlanması	127
6. Veri Zarflama Analizi Modelleri	128
6.1. CCR Modeli	128
6.1.1. Girdi Yönlü CCR Modeli	129
6.1.2. Çıktı Yönlü CCR Modeli	130
6.2. BCC Modeli	131
6.2.1. Girdi Yönlü BCC Modeli	132
6.2.2. Çıktı Yönlü BCC Modeli	132
7. Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Türkiye'deki Özel sağlık Sigortalarının Etkinlik Analizi	133
7.1. Uygulamanın Amacı ve Önemi	133
7.2. Uygulamanın Yöntemi ve Kapsamı	134
7.3. Karar Verme Birimlerinin Seçimi (Gözlem Kümesinin Belirlenmesi)	136
7.4. Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi	138
7.5. Verilerin Elde Edilebilirliği ve Güvenilirliği	140
7.6. Analiz Modelinin Belirlenmesi	141

7.7. Etkinlik Değerlerinin Ölçülmesi ve Bulgular.....	142
7.8. Yıllara Göre Etkinlik Skorları, Referans Grupları ve İyileştirmeler	144
7.8.1. 2016 Yılı Analiz Sonuçları	145
7.8.2. 2017 Yılı Analiz Sonuçları	149
7.8.3. 2018 Yılı Analiz Sonuçları	153
7.8.4. 2019 Yılı Analiz Sonuçları	157
7.9. Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Yorumlanması	161
SONUÇ	166
EKLER	174
KAYNAKÇA	178

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Birimler	19
Tablo 2: ABD Yıllara Göre Sağlık Harcaması Verileri	33
Tablo 3: Almanya Yıllara Göre Sağlık Harcaması Verileri	40
Tablo 4: İngiltere Yıllara Göre Sağlık Harcaması Verileri.....	47
Tablo 5: Fonksiyonlarına Göre Sağlık Sektöründe Rol Alan Kurum ve Organizasyonlar	63
Tablo 6: 2012-2019 Yılları Özel Sağlık Sigortası Sözleşme ve Sigortalı Sayıları, Türkiye Nüfusu ve Özel Sağlık Sigortalısı Sayısının Toplam Nüfusa Oranları	98
Tablo 7: 2010-2020 Yılları Özel Sağlık Sigortası Brüt Yazılan, Net Yazılan ve Net Kazanılmış Prim Tutarları (TL) ile Artış Oranları (%)	99
Tablo 8: Sigorta Şirketlerinin 2019 ve 2020 Yılları Sağlık Branşı Prim Üretimi Tutarları (TL) ve Pazar Payları (%)	100
Tablo 9: 2010-2020 Yılları Özel Sağlık SigortalılarıNet Kazanılmış Prim, Net Gerçekleşen Hasar ve Teknik Kar Tutarları (TL) ile Net Hasar Prim Oranları	102
Tablo 10: Sigorta Şirketlerinin 2015-2020 Sağlık Hasar Prim Oranları (%)	103
Tablo 11: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Başlıca Teminatlar.....	107
Tablo 12: Çalışmada Etkinlikleri Analiz Edilen Karar Verme Birimleri	138
Tablo 13: Analizde Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri	140
Tablo 14: Sigorta Şirketlerinin Yıllara Göre Etkinlik Skorları.....	143
Tablo 15: 2016 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları	146
Tablo 16: 2016 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler	148
Tablo 17: 2017 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları.....	150
Tablo 18: 2017 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler	152
Tablo 19: 2018 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları	154
Tablo 20: 2018 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler	156
Tablo 21: 2019 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları.....	158
Tablo 22: 2019 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler	160
Tablo 23: Şirketlerin Yıllara Göre CCR ve BCC Çıktı Yönlü Etkinlik Skorları....	162

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçlüsü	16
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları	17
Şekil 3: Özel Sağlık Sigortalarının Finansman Şeması	83



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik devletleri
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BCC	: Banker, Charnes, Cooper Modeli
CCR	: Charnes, Cooper, Rhodes Modeli
CRS	: Constant Returns to Scale (Ölçeğe Göre Sabit Getiri)
DEAP	: Data Envelopment Analysis (Veri Zarflama Analizi)
EPO	: Exclusive Provider Organization (Özel Hizmet Sunucusu Organizasyonu)
GP	: General Practitioner (Genel Pratisyen Hekim)
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
HMO	: Health Maintenance Organization (Sağlık İdame Organizasyonu)
IPO	: Independent Practice Organization (Bağımsız Tedavi Organizasyonu)
KVB	: Karar Verme Birimi
NHS	: National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the social Sciences (Sosyal bilimler için istatistiksel Paket)
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
UK	: United Kingdom (Birleşik Krallık)
USD	: United States Dollar (Amerikan Doları)
VRS	: Variable Returns to Scale (Ölçeğe Göre Değişken Getiri)
VZA	: Veri Zarflama Analizi
YÖK	: Yükseköğretim Kurumu

GİRİŞ

Yaşama hakkından sonra bireylerin sahip olduğu en değerli hak ve varlık olarak tanımlanan sağlık hakkı, insan yaşamında vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Sağlık ihtiyacı ertelenemez ve ikame edilemez niteliktedir. Dolayısıyla ruhen ve bedenen sağlıklı durumda bulunmayan fertlerin, kendilerine ve topluma katkı sağlayabilmesi tam olarak mümkün görülmemektedir. Sağlık hakkının bir gereği olarak önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin temin edilmesi sonucunda sağlık harcamaları ortaya çıkmaktadır.

Sağlık harcamaları tüm dünyada sürekli olarak artış göstermektedir. Bu harcamaların finansmanının sağlanması adına sağlık sigortacılığı büyük önem arz etmektedir. Türkiye’de 2009 yılında 57,9 milyar TL olan toplam sağlık harcamaları, 2019’da 201 milyar Lira’ya çıkmıştır. Benzer şekilde, 2009’da yaklaşık 246 milyon olan sağlık sunucularına müracaat sayısı 2019’da 573,1 milyona ulaşmıştır. Sağlık Harcamalarının sürdürülebilir şekilde finanse edilebilmesi ve sağlık sistemin verimli işleyebilmesi adına sağlık sigortası sistemi kilit rol oynamaktadır.

Türkiye’de ağırlıklı kamusal sağlık sigortası mekanizması olarak sosyal sigorta prensibine dayanan Genel Sağlık Sigortası sistemi tatbik edilmektedir. Genel Sağlık Sigortasına tamamlayıcı fonksiyonda özel sağlık sigortaları faaliyet göstermektedir. Özel sağlık sigortacılığı özellikle ülkemizde her geçen yıl büyüyen ve gelişen bir sektör olarak dikkati çekmektedir. Sürekli yükselen sağlık harcamaları, toplumun sağlık konusunda bilinç ve farkındalığının artması ve bireylerin daha lüks ve kaliteli sağlık hizmeti alma arzusu özel sağlık sigortalarına olan eğilimi arttırmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye’de faaliyet gösteren özel sağlık sigortalarının 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarına ilişkin etkinlik analizi yapılmıştır. Bu analiz neticesinde, özel sağlık sigortalarının etkinlik düzeylerini arttırabilecek öneriler ileri sürmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, sigorta şirketlerinin hastalık-sağlık branşındaki çeşitli finansal verileri girdi ve çıktı parametreleri olarak kullanılarak Veri Zarflama Analizi yöntemiyle bir finansal etkinlik analizi gerçekleştirilmiştir.

Literatür taraması ve Veri Zarflama Analizi uygulanarak hazırlanan tezin birinci bölümünde ilgili literatür taraması, sigortanın tanımı, sağlık sigortasının finansmanı ve başlıca finansman yöntemleri ile ABD, Almanya ve İngiltere'nin sağlık sistemleri açıklanmıştır. İkinci bölümde Türkiye'de sağlık sisteminin genel yapısı, Genel Sağlık Sigortası, özel sağlık sigortasının tanımı, işleyişi, finansmanı, temel teminatlar ve Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde Veri Zarflama Analizi'nin tanımı yapılmış ve uygulama aşamaları açıklanmıştır. Sonrasında bu yöntem kullanılarak Türkiye'de hastalık/sağlık branşında faaliyet gösteren 31 sigorta şirketinin 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarındaki etkinlik analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analizin bulguları değerlendirilerek görüş ve önerilere yer verilmiştir.

Çalışmada, ülkemizdeki özel sağlık sigortalarının etkinlik düzeylerini tespit etmek ve sigorta şirketlerinin etkinlik düzeylerini arttırmaya yönelik argümanlar üretmek hedeflenmektedir. Bu sebeple çalışma boyunca “Türkiye’de nasıl bir özel sağlık sigortası sistemi uygulanmalıdır?”, “Genel Sağlık Sigortası’nın sürdürülebilirliğini güvence altına almak amacıyla kamu sağlık sigortasının üzerindeki finansman yükü kısmen özel sağlık sigortalarıyla paylaşılabilir mi?”, “Özel sağlık sigortalarının günümüzde Türkiye’deki mevcut finansal etkinlik durumu nedir?”, “Özel sağlık sigortalarının etkinlikleri nasıl arttırılabilir?” sorularına cevap aranmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE SAĞLIK SİGORTALARININ FİNANSMANI

1. Literatür Taraması

Türkiye’de ve Dünyada özel sağlık sigortalarının ve sağlık sisteminin etkinlik ve verimliliğini analiz etmeye yönelik olarak hazırlanmış başlıca tez, yayın, makale ve çeşitli araştırmalar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Mirmirani ve Lippman (2003), Veri Zarflama Analizinin CCR ve BCC modellerini uygulayarak yaptıkları çalışmada G12 ülkelerinin 1991, 1993 ve 1995 yıllarında sağlık sistemleri etkinlik durumlarını analiz etmiştir. Analizde girdi olarak kişi başı ortalama sağlık harcaması, hastane yatak sayısı, MRI sayısı ve hekim başına düşen nüfus verileri kullanılmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi ile bebek ölüm oranı analizin çıktıları oluşturmuştur. Analiz sonucunda, etkinlik sıralamasında İspanya birinci çıkarken Japonya en etkin ikinci ülke olmuştur. ABD etkinlik düzeyi en düşük ülke olarak son sırada yer almıştır.

Afonso ve Aubyn (2007), Veri Zarflama Analizi uygulayarak 21 OECD ülkesinin sağlık sistemlerinin verimliliğini analiz etmiştir. Çalışmada girdi olarak hekim sayısı, MRI sayısı, hemşire sayısı ve hastane yatak sayısı kullanılmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi, sağlıklı yaşam süresi ve bebek ölüm oranı verileri ise çıktı değişkenleri olarak seçilmiştir. Ölçeğe göre değişken getiri, yani VRS modelinin tercih edildiği analizin sonuçlarına göre ülkelerin 7 tanesinin sağlık sistemleri (%33,3) verimli çıkmıştır. Bu ülkeler; Japonya, ABD, İsveç, Güney Kore, Kanada, İspanya ve Finlandiya’dır. Çalışmada, sağlık sistemlerindeki verimsizliğin kişi başı milli gelir, eğitim düzeyi, obezite ve sigara içme alışkanlıklarıyla yakından ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir.

Tapan (2008), “Genel Sağlık Sigortası’nın sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık sigortasının Gerekliliği” başlıklı doktora tezinde Genel sağlık Sigortası’nın etkinliği ve sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortası bileşeninin gerekliliğini araştırmıştır. Bu doğrultuda amacı bakımından destekleyici

ve nedensellik bakımından tanıtıcı bir uygulamalı süreç araştırması olarak sağlık sigortası hizmeti sunan 30 sigorta şirketinin her birine anket gönderilmiştir. Bu anket gönderilen 30 şirketin 15'i geri dönüş yapmış ve bu şirketlerin ankette bildirdikleri veriler analiz edilmiştir. Tapan, uygulamış olduğu anket formundaki saha araştırmasının bulgularına göre; tamamlayıcı sağlık sigortası bileşeninden yoksun bir Genel Sağlık Sigortası sisteminin sürdürülebilir olmaktan uzak olacağı sonucuna varmıştır.

Mirmirani (2008), Veri Zarflama Analizi yöntemini kullanarak geçiş ekonomisine sahip ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinliklerini ölçmüştür. Bu doğrultuda 1997 ile 2001 arası bir yılın verileri ayrı ayrı analiz edilmiştir. Çalışmada girdi olarak kızamık vakası sayısı, hekim sayısı, toplam sağlık harcaması ve hastane yatak sayısı parametreleri kullanılırken; çıktı olarak bebek ölüm oranı ve ortalama yaşam süresi değişkenlerine yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, 5 yılın tamamında Arnavutluk etkinlik düzeyi en yüksek ülke olurken, Rusya 0,864 etkinlik puanıyla son sırada yer almıştır.

Lorcu (2008), Veri Zarflama Analizi kullanarak hazırlamış olduğu doktora tezinde, AB üyesi 27 ülke ve aday ülke olarak Türkiye'nin sağlık sistemlerindeki mevcut etkinlik performanslarını analiz etmiştir. Çalışmada girdi olarak; pratisyen doktor başına düşen hasta sayısı, kişi başı sağlık harcaması, gayrisafi yurtiçi hasıladan sağlık hizmetlerine ayrılan pay ve hastane yatak sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Ortalama yaşam süresi ve 5 yaşın altındaki çocuk ölüm hızı verileriye çalışmanın çıktı parametrelerini oluşturmuştur. Ölçeğe göre sabit getiri (CCR) modelinde yapılan analizin sonuçlarına göre; Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 11 ülke etkin, 17 ülke ise etkinsiz çıkmıştır. Ölçeğe göre değişken getiri (VRS) modelindeyse Türkiye dahil 13 ülke etkin çıkarken, 15 ülke etkin değildir. Avusturya, 0,684 ile etkinlik skoru en düşük ülke olmuştur.

Alan (2009), yüksek lisans tezinde özel sağlık sigortalarının mevcut ve potansiyel sigortalılar tarafından nasıl algılandığını ölçmek ve değerlendirmek amacıyla bir anket çalışması gerçekleştirmiştir. Bu doğrultuda, araştırmada yer alan özel sağlık sigortası yaptıran ve yaptırmayan kişilerin oluşturduğu iki gruba yönelik likert tutum ölçeği ile iki ayrı anket formu oluşturulmuştur. Bu anketlerden elde

edilen veriler, SPSS 16 istatistiksel paket programıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; özel sağlık sigortası sahibi olan katılımcılar, özel sağlık sigortasının devletin sunmuş olduğu kamusal sağlık sigortasının eksiklerini ve yetersizliklerini telafi etmede önemli bir araç olduğu fikrine daha olumlu bakmaktadır. Bu kişiler, özel sağlık sigortası sayesinde daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti alabildiklerini belirtmiş, hekim ve hastane tercihlerinde kendilerini daha özgür hissettiklerini vurgulamışlardır. Özel sağlık sigortası sahibi olmayan 156 deneğin önemli bir kısmı sağlık sigortası hizmetlerinin devletin yetki ve sorumluluk alanında olduğunu ileri sürmüştür. Bu kişilerin özel sigortacılık hizmetleri hakkında çeşitli önyargıları olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, her iki grup da devletin sağlık sigortacılığındaki birincil rolünü ve ağırlığını azaltmaması gerektiğini savunmuştur.

Kayalı (2010), “Türkiye’de Hayat ve Bireysel Emeklilik Sigortasının Gelişimi ve Etkinlik Değerlemesi” başlıklı makalesinde Veri Zarflama Analizini kullanarak Türkiye’de faaliyet gösteren hayat ve bireysel emeklilik sigortası şirketlerinin 2003 ile 2007 yılları arasındaki döneme ait etkinlik durumlarını analiz etmiştir. Bu doğrultuda söz konusu şirketlerin 2003-2007 yılları arasındaki dönemde, hastalık/sağlık sigortası branşındaki verileri de dahil olmak üzere, yapısal ve yoğunlaşma göstergelerindeki değişimler incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Analiz neticesinde, sigorta şirketlerinin bu dönemdeki ölçek etkinlik değerlerinde artışlar olduğu tespit edilmiştir.

Arık (2010), yayınlanmamış yüksek lisans tezinde Türkiye’deki özel sağlık sigortalarının durumunu ele almış ve Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırmalı olarak analiz etmiştir. Analiz ve değerlendirmeler neticesinde, Türkiye’deki sağlık sigortası sisteminin mevcut aksaklıklarının aşılabilmesi için ‘Karma Model’ olarak adlandırılan ve kamu tarafından temel sağlık sigortası teminatlarının finanse edildiği ve özel sağlık sigortası şirketleri tarafından tamamlayıcı teminatların finanse edildiği sistemin uygulanmasının daha etkin olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Pamir (2010), yüksek lisans tezinde sigortalı gözüyle alınan ürün ve hizmetleri değerlendirmek ve müşterilerin memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla e-posta aracılığıyla 4 kısımdan oluşan bir anket çalışması gerçekleştirmiştir. 8 adet

kişisel bilgi ve 50 adet de katılımcı görüşlerinin belirlenmesine yönelik olarak hazırlanmış toplam 58 sorudan oluşan ankete 242 kişi katılmış, bunların 235'inin cevapları geçerli sayılmıştır. Anketin sonuçları, SPSS istatistiksel paket programıyla analiz edilmiş ve T-Testi ile Ki Kare yöntemleriyle anlamlılık düzeyleri incelenmiştir. Anket sonuçlarına göre, sağlık sigortası branşında anlaşmalı hizmet tedarikçisi sağlık kuruluşlarının hizmet ve ürünlerinde sigortalı memnuniyetinin büyük oranda sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca analiz sonuçlarında, sigortalıların büyük çoğunluğunun poliçelerine geniş kapsamlı bir check-up teminatının eklenmesini arzu ettikleri ve yatarak tedavi teminatlarında limitlerin düşürülmesine sıcak bakmadıkları tespit edilmiştir.

Kocaman ve diğerleri (2011) tarafından gerçekleştirilen analiz çalışmasında OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin etkinlik analizi yapılmıştır. CCR modelinde Veri Zarflama Analizinin uygulandığı araştırmada 34 ülkenin sağlık sistemlerinin etkinlik düzeyleri ölçülmüştür. Girdi olarak; bin kişiye düşen hastane yatak sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı ve kişi başı sağlık harcaması verileri seçilmiştir. Çalışmada çıktı olarak; 5 yaş altı ölüm oranı ve doğumda beklenen hayat süresi parametreleri kullanılmıştır. Analiz neticesinde 34 ülkenin %29,4'ü teknik etkin çıkarken etkinlik ortalaması 0,7788 olmuştur. Lüksemburg, Avustralya, Portekiz, İsveç, Şili, Estonya, Japonya, Meksika, Slovenya ve Türkiye etkin çıkan 10 ülkedir. 0,4093 etkinlik skoru ile Avusturya etkinlik seviyesi en düşük olan ülke olmuştur.

Yıldız (2012), “Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analizi İle Etkinliğinin Ölçülmesi” başlıklı yüksek lisans tezinde, Veri Zarflama Analizi yöntemini kullanarak Türkiye’de sağlık sigortacılığı sektöründe faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin etkinlik analizini yapmıştır. Çıktıya yönelik VZA yönteminin uygulandığı çalışmada veriler DEAP V. 2.1 paket programında analiz edilmiştir. Karar verme birimleri olarak, 2011 yılında Türkiye’de özel sağlık sigortası hizmeti sunan 27 sigorta şirketi seçilmiştir. Çalışmada girdi olarak; personel sayısı, acente sayısı, duran varlıklar, dönen varlıklar, aktifler toplamı ve özkaynaklar kullanılmıştır. Çıktılar ise toplam prim üretimleri, teknik kar ve mali kardır. Çalışmanın sonuçlarına göre CCR modelinde 8 şirket, BCC modelindeyse 13 şirket etkin olarak tespit edilmiştir. Ayrıca etkin olmayan şirketlerin yönetsel

süreçlerinde söz konusu girdi ve çıktı bileşenlerini tekrar gözden geçirmeleri önerilmiştir.

İnce (2014), yayınlanmamış yüksek lisans tezinde, Ankara’da bir vakıf üniversitesine bağlı semt polikliniğine başvuran hastaların sosyo demografik özelliklerinin, sağlık sorunlarının ve sağlık harcamalarının belirlenmesi ile tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açılarının tespit edilmesi amacıyla anket yöntemi uygulayarak bir çalışma yapmıştır. 20 gün süren ve 278 kişinin katıldığı bu anketin bulgu ve sonuçlarına göre, katılımcıların % 50,4’lük bir kısmı “Devletin sağlamış olduğu Genel Sağlık Sigortası hizmetlerinin kendilerini tatmin etmiş olduğunu belirtmiş; % 22,7’lik bir kesim ise özel sağlık sigortası yaptırmamalarının sebebi olarak “Özel sağlık sigortası prim tutarlarının çok pahalı olması”nı beyan etmiştir. Ayrıca, ankete katılanların % 6,5’lik bir bölümü “Özel sigorta şirketlerine müracaat ettiklerinde yeterince bilgi alamamaktan ve bekledikleri ilgiyi görememekten” şikayet etmiştir.

Asandului, Roman ve Fatulescu (2014), “The efficiency of Health Care Systems in Europe: A Data Envelopment Analysis Approach” başlıklı makalede, Veri Zarflama Analizi uygulayarak 30 Avrupa ülkesinin sağlık sistemlerinin etkinliğini araştırmıştır. Analizde girdi değişkenleri olarak hekim sayısı, sağlık tesisi yatak sayısı ve gayrisafı yurtiçi hasıladan sağlığa ayrılan paylar kullanılmıştır. Çıktı değişkenleri ise sağlıklı yaşam beklentisi, doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranlarıdır. Analiz sonucunda, ölçeğe göre sabit getiri (CRS) modelinde verimlilik ortalaması 0,74 olmuş ve 30 ülkeden sadece 5 tanesi etkin çıkmıştır. Bunlar; İngiltere, İsveç, Romanya, Güney Kıbrıs ve Bulgaristan’dır. Ölçeğe göre değişken getiri (VRS) modelindeyse etkinlik ortalaması 0,77 olarak gerçekleşirken 30 ülkeden sadece 6’sı etkin çıkmıştır. Etkin çıkan ülkeler İngiltere, İsveç, Romanya, Kıbrıs, Malta ve Bulgaristan’dır. Etkinlik skoru 0,5’in altında gerçekleşen Avusturya; Litvanya, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti’yle birlikte etkinlik düzeyleri ortalamanın altında olan ülkeler arasında yer almıştır.

Medeiros ve Schwierz (2015), Veri Zarflama ve Kümeleme Analizi yöntemlerini kullanarak tüm Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerindeki etkinlik durumlarını ölçmüş ve değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda Çek Cumhuriyeti,

Slovakya ve Litvanya verimlilik düzeyi en düşük olan ülkeler çıkmıştır. Fransa, İspanya, Belçika, Hollanda ve İtalya ise verimlilik seviyeleri yüksek çıkan ülkeler arasında yer almıştır.

Tapan ve Diğerleri'nin (2015) makale olarak yayınlanan çalışmasında, Türkiye'nin sağlık sigortası finansman modeli olan Genel Sağlık Sigortası sisteminin sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliği konusundaki katılımcı görüşleri değerlendirilmiştir. Bu amaçla, araştırmacılar tarafından bir anket formu düzenlenmiştir. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'ne kayıtlı olan 15 özel sağlık sigortası şirketinde görev alan sigortacıların görüşleri Excel tablolarıyla yüzdesel olarak ifade edilmiştir. Analiz neticesinde, katılımcıların %22'si, temel teminat paketinin çok geniş kapsamlı olması nedeniyle, Genel Sağlık Sigortası için en yüksek riski oluşturduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların % 74'ü, Genel Sağlık sigortasının mevcut hali ile topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek adına sürdürülebilir bir sistem olmadığını; % 93'ü ise Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliğinin sağlanması için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeni ile birlikte sunulması gerektiğini ifade etmiştir.

Şener (2017), yüksek lisans tezinde Veri Zarflama Analizi yöntemini kullanarak OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliklerini analiz etmiştir. Bu amaçla, araştırmanın evrenini oluşturan 30 OECD ülkesinde uygulanmakta olan sağlık sistemlerinin 2016 yılı teknik ve ölçek verimlilikleri ölçülmüş ve yapılan sınıflandırmalar neticesinde karşılaştırmalar yapılmıştır. Girdi yönelimli CCR ve BCC yöntemlerinin uygulandığı analizde girdi değişkenleri olarak bin kişiye düşen yatak sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı, bin kişiye düşen MRI sayısı, kişi başı sağlık harcamaları ve 15 yaş üzeri sigara içme oranı kullanılmıştır. Çıktı parametreleri olarak ise sağlıklı yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranı seçilmiştir. Çalışmada; ölçeğe göre değişken getiri girdi yönlü BCC modeline göre sağlık sistemlerinin %46,7'si verimli, % 53,3'ü verimsiz bulunmuştur. % 0,6159 ile verimsizlik oranı en düşük ülke Avusturya olmuştur. Aralarında Türkiye'nin de yer aldığı 14 ülke teknik olarak verimli çıkmıştır. Ölçeğe göre sabit getiri girdi yönlü CCR modeline göre ise analizde yer alan sağlık sistemlerinin %36,7'si verimli, %63,3'ü verimsiz bulunmuştur. %0,5804 skoru ile CCR modelinde de verimsizlik

oranı en düşük ülke yine Avusturya olmuştur. Türkiye dahil toplam 11 ülke teknik olarak verimli çıkmıştır.

Viverita (2018), Endonezya Sosyal Güvenlik Otoritesi (BPJS)'nin 2014 yılında yürürlüğe koyduğu kanuni düzenlemelerin özel sağlık sigortacılığı sektörü ve sigorta şirketlerinin etkinlik durumları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla Veri Zarflama Analizi uygulayarak bir çalışma yapmıştır. Bu amaçla, çıktıya yönelik VZA yöntemiyle Endonezya'da faaliyet gösteren 18 özel sağlık sigortası şirketinin 2009 ile 2016 yılları arasındaki etkinlik analizi gerçekleştirilmiştir. "Efficiency Analysis of Private Insurance Firms Before and After the Application of BPJS Regulations" başlıklı makalede yayınlanan araştırmanın sonuçlarına göre; Endonezya Sosyal Güvenlik Otoritesi'nin 2014 yılında sigorta sektöründe yeni düzenlemeler getirdikten sonraki ve getirmeden önceki dönemlerde özel sağlık sigortası şirketlerinin etkinlik düzeylerinde kayda değer bir fark olmadığı gözlenmiştir. Ayrıca söz konusu yasal düzenlemeler yürürlüğe girdikten sonra, kamu özel ortaklığı olan sigorta şirketlerinin finansal etkinliklerinin düşüş gösterdiği saptanmıştır.

Bitimli (2019), "Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma" konulu yüksek lisans tezinde; kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası satın almasında etkili olan faktörleri anket yöntemiyle araştırmıştır. Bu amaçla, çalışmada İstanbul'da yaşayan ve tamamlayıcı sağlık sigortası olan 261 katılımcıyla çevrimiçi anket uygulaması yapılmış ve katılımcıların geri bildirimleri SPSS istatistik programında analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran kişilerin yaş, medeni hal ve gelir durumu ile poliçeyi satın alma ve poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

2. Sigortanın Tanımı

Sigorta kavramı, Latince'de güvence, teminat anlamlarına gelen 'Sicurtia' kelimesinden türemiştir¹. Türk Ticaret Kanunu'nda sigorta; bireylerin değeri para ile ölçülebilir kıymet, menfaat veya emtialarını zarara uğratan tehlike ve kayıpların meydana gelmesi halinde, bu zararların telafi edilebilmesi amacıyla, karşılıklı olarak

¹ Enver Alper GÜVEL ve Afıtap Öndas GÜVEL, **Sigortacılık**, 4.Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2008, s.25

kararlaştırılan şartlar ve limitler doğrultusunda, sigortacı tarafından sigorta ettirene tazminat ödenmesini ngren bir yazılı akit olarak tanımlanmıřtır². Diğer bir ifadeyle sigorta, gelecekteki tehlikelere yönelik bugünden tedbirler almak anlamına gelmektedir³. Bu doğrultuda, sigorta mekanizması kapsamında bireyler çeşitli sosyal, fiziksel ve ekonomik rislere karşı müşterek faaliyet yürüterek bir araya gelmekte ve güvence oluşturmaktadır. Böylece insanlar tek başlarına karşılayamayacakları risklere karşı dayanışma yoluyla ve riski katılımcılar arasında dağıtarak risk paylaşımı ve bölüşümü yapmaktadırlar. Dolayısıyla bir sigorta sözleşmesinde temel olarak, sigorta ettiren ve sigortacı (sigorta şirketi) olmak üzere iki taraf bulunmaktadır⁴.

İnsanların sahip oldukları mal varlıkları, para değerı olan tüm mülkiyetleri ve kendi bedenleri her an çeşitli risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Toplumda kaza veya tehlike olarak da nitelendirilen bu riskler sigortacılık literatüründe riziko olarak isimlendirilmektedir. Sigortacılık, insanların bu rizikolara karşı kendilerini ve mal varlıklarını güvende hissetme ihtiyaı ve arzusundan doğmuştur. Bu doğrultuda sigorta, insanların karşı karşıya gelebilecekleri çeşitli tehlikelerin gerçekleşmesini önlemek, eğer gerçekleşmesi engellenememişse yol açtığı maddi kayıp ve zararları en aza indirgemek amacıyla uygulanan bir yöntem veya sistem olarak tanımlanabilmektedir⁵. Sigortanın en temel işlevlerinden biri, söz konusu riskleri istatistiksel ve aktüeryal metotlarla analiz etmek ve bu risklerin belirli kişi veya gruplar üzerinde yoğunlaşmasını engellemektir⁶.

Sigorta sözleşmesinde kişi ve kuruluşlar, üzerlerinde taşıdıkları riskleri kısmen veya tamamen sigorta işletmelerine devretmektedir. Dolayısıyla sigortanın

²Trk Ticaret Kanunu, Madde 1263

³ Mehmet KAYA, **Bankacılık ve Sigortacılık**, Ankara: Murat Açıköğretim Yayınları, 1999, s.15-16

⁴ Ercan TAşKIN ve Yelda şENER, “Türkiye Sigorta Pazarının Avrupa ve ABD Sigorta Pazarları ile Karşılaştırılması”, **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, Sayı 49, 2004, s.1002

⁵ Hilmi ACİNAN, **Sigortanın Temel Prensipleri**, İstanbül: Güneş Sigorta, 2005, s.16

⁶ Sverre KNUTZEN, “Government regulations, Information Costs and Concentration in the Norwegian Insurance Industry, 1960–1990”, **Scandinavian Economic History Review**, Vol.47, No.1, 1999, s.69

temel konusu bu riskler ve sebep olacağı kayıpların telafi ve tazmin edilmesidir⁷. Bu sebeple sigorta mekanizmasında risk kavramı büyük önem taşımaktadır.

2.1. Sigortacılıkta Risk Kavramı

Sigorta sözleşmesinden söz edilebilmesi için öncelikle sigorta yapılacak bir mal veya menfaat ile bu mal ya da menfaatleri kısmen veya tamamen zarara uğratabilecek risk olması gerekmektedir. En basit tanımla risk, sigorta konusu bir kıymet veya menfaate zarar verme ihtimali olan bir tehlike veya bu tehlikenin gerçekleşme ihtimali olarak ifade edilmektedir. Diğer bir deyişle risk, zarara uğrama tehlikesidir⁸. Fakat zarara sebebiyet verme ihtimali olan her tehlike veya olay risk niteliği taşımamaktadır. Bir olayın risk değeri taşıyabilmesi için çeşitli kriterlere sahip olması gerekmektedir.

2.2. Riskin Özellikleri

Sigorta mekanizması kapsamında sigorta sözleşmesinin geçerlilik kazanabilmesi ve bir olayın veya tehlikenin risk değeri taşıyabilmesi için şu özelliklere mutlaka sahip olması gerekmektedir⁹:

- Öncelikle risk, kişinin kendisini veya mal varlığını tehdit eden bir olay olmalıdır.
- Risk ileride meydana gelecek bir olaya ilişkin olmalıdır. Zaten gerçekleşmiş veya tam gerçekleşmek üzere olan olaylar risk değeri taşımaz.
- Risk tesadüfi olmalı ve insan iradesi ve kontrolü dışında gerçekleşmelidir. Bilerek ve kasıtlı olarak sigorta konusu menfaate verilen zararlar risk niteliği taşımaz.
- Risk istatistiksel olarak ölçülebilir olmalıdır. Riskin frekansının ve hasar olasılığının dengeli olması gerekmektedir.

⁷ Ethem Baturalp PAMUKÇU, “Sigorta Kavramı ve Sigortacılık Eğitiminin Önemi”, **Sigorta Dünyası**, sayı.383, (Nisan 1995), s.25

⁸ Feride Hayırsever BAŞTÜRK, Deniz ÇAKMAK ve Barış DEMİRTAŞ, **Sigortacılığa Giriş**, Ankara: Bankacılık Akademisi Yayınları, 2017, s.3-5

⁹ Mustafa ÇEKER, **Sigorta Hukuku**, 15.Baskı, Adana: Karahan Kitabevi, 2016, ss.65; BAŞTÜRK, ÇAKMAK ve DEMİRTAŞ, **a.g.e.**, s.31-36

- Risk ölçülebilir ve değeri para ile ifade edilebilir olmalıdır. Yani riskin gerçekleşmesi halinde oluşacak zararlar maddi olarak hesaplanabilmelidir.

3. Sağlık Sigortası

3.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı

Sağlık en basit tanımıyla, kişilerin fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal bakımdan çevresiyle uyum içinde olma halidir¹⁰. Dünya Sağlık Örgütü ise sağlığı, *“Bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik ve esenlik hali”* olarak tanımlamıştır¹¹. Literatürde 3 temel sağlık kavramından söz edilmektedir. Bunlar; Pozitif, negatif ve nötral sağlık kavramlarıdır. Nötral sağlık, herhangi bir hastalığın veya rahatsızlığın olmadığı, ruhen ve bedenen dengeli bir sağlık durumunu ifade etmektedir. Pozitif sağlık, fizyolojik ve psikolojik olarak tam iyilik halidir. Negatif sağlık ise hastalık, sakatlanma, yaralanma veya bedensel ya da zihinsel özrürlölük hallerinin olduğu durumlardır¹².

Modern hukuk sistemlerinde bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin en başında yaşama hakkı gelmektedir. Yaşama hakkı olmadan diğerk haklardan söz edilmesi söz konusu değildir. Yaşama hakkından sonra gelen en önemli hak, sağlık hakkıdır. İnsanların sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesi yaşama hakkının vazgeçilmez ve ayrılmaz bir parçasıdır. Devletler, bireylerin yaşam hakkını güvence altına almak ve bunu sağlamak için de vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık ve tıbbi bakım hizmetlerini temin etmekle yükümlüdür. Sağlık hakkı, ilk olarak 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün anayasasında hukuki zeminde kendine yer bulmuştur. Sonrasında, 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 22. maddesinde, toplumun her bir ferдинin sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde doğuştan ve koşulsuz olarak sağlık hakkına sahip olduğu belirtilmiştir¹³.

¹⁰ Bilal AK, “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, **Yeni Türkiye**, Sayı.1, (2001), s.299

¹¹ World Health Organization, **Basic Documents**, 41st Edition, Geneva: WHO Publications, 1996, s.1

¹² Ruhi Selçuk TABAK, **Sağlık Eğitimi**, Ankara: Sömgür Yayıncılık, 2000, s.2

¹³ Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Belgeler**, 2. Baskı: Ankara, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 1992, s.6-7

3.2. Sağlık Sigortasının Tanımı

İnsanlar yaşamları boyunca çeşitli kaza ve hastalıklara maruz kalabilmekte ve bunun sonucunda bedenen veya ruhen zarar görebilmektedir. Bireylerin eski sağlıklarına kavuşabilmek amacıyla temin etmiş oldukları sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Bu harcamaların finansmanı çoğunlukla sigorta mekanizması çerçevesinde gerçekleştirilmektedir¹⁴.

Sağlık hizmetlerinin yapısında çeşitli belirsizlikler ve risk unsurları söz konusudur. Sağlık hizmetlerine olan talepler belirsiz ve orantısız olabilmektedir. Özellikle acil hallerde sağlık hizmetleri ikame edilememekte ve ertelenememektedir. Ayrıca, hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve tercihleri zaman zaman irrasyonel ve değişken olabilmektedir. Bunlara ek olarak, kimin ne zaman ve ne düzeyde hasta olacağı ya da kaza geçireceği bilinmemektedir. Bazı sağlık hizmetlerinin maliyetleri çok yüksek olabildiğinden dolayı bireyler bu sağlık harcamalarını tek başlarına finanse edemeyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin yapısında var olan tüm bu belirsizlik ve risk unsurları; sağlık harcamalarının finansmanının sağlık sigortası kapsamında tatbik edilmesini gerekli kılmıştır¹⁵. Sağlık sigortasının uygulanmasıyla, sağlık hizmetlerinden yararlanılması sonucunda oluşan sağlık harcamaları, aynı ya da benzer sağlık risklerine maruz kalan bir grup arasında paylaştırılarak risk bölüşümü ve dağıtımı yapılmaktadır. Böylece, bireylerin tek başlarına karşılayamayacakları yüksek maliyetli riskler de toplu sorumluluk alınarak ve sosyal dayanışma yoluyla finanse edilebilir duruma getirilmektedir¹⁶.

Sağlık sigortası; sigortalıların iş hayatında veya özel yaşamında karşılaştıkları hastalık ya da kazalar sonucu ihtiyaç duydukları teşhis, hekim muayenesi, ameliyat, tedavi, tetkik ve ilaç gibi tıbbi hizmetlerin ve yardımların ortaya çıkardığı masrafları önceden belirlenen limitler ve şartlar doğrultusunda kısmen veya tamamen karşılayan bir sigorta türüdür¹⁷. Sağlık sigortasında teminat

¹⁴ Emine ORHANER, **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014, s.176

¹⁵ Andrew AUSTIN ve Thomas L. HUNGERFORD, **The Market Structure of the Health Insurance Industry**, Washington D.C.: Congressional Research Service, 2009, s.11

¹⁶ Derya TİRYAKİ ve Mehtap TATAR, ‘Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama’, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, (2000), ss.124-125

¹⁷ Hasan Hüseyin YILDIRIM, Türkan YILDIRIM ve Yasemin AKBULUT, **Sağlık Sigortacılığı**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012, ss.77-78

kapsamında ve genel-özel şartlar çerçevesinde ya da ilgili yasa veya mevzuat hükümleri doğrultusunda; sigortalının temin etmiş olduğu tıbbi yardım, ameliyat, tanı ve görüntüleme için kullanılan tetkik hizmetleri, kısa veya uzun süreli ayakta ya da yatarak tedaviler ve bu tedavilere bağlı olarak reçetelendirilen ilaçların yol açtığı harcamalar için finansal teminatlar sunulmaktadır¹⁸.

Sağlık sigortalarında, sigortalının kendisi gibi bakmakla yükümlü olduğu hak sahibi yakınları da sağlık hizmetlerinden ve tıbbi yardımlardan yararlanma hakkına sahiptir. Ayrıca iş göremezlik durumlarında sigortalıya parasal yardımlar yapılmaktadır¹⁹. Sigortalıya ve hak sahibi yakınlarına sağlanan bu sağlık yardımları belirli bir süreyle sınırlandırılabilir gibi, süresi sınırsız olarak da verilebilmektedir²⁰. Sigortalılar dilediği hekimi ve sağlık hizmet sunucusunu seçmekte özgürdür²¹.

Sağlık sigortaları, devletin veya yetkili kamu otoritelerinin sosyal güvenlik sistemi dahilinde sunmuş olduğu bir kamusal sağlık sigortası uygulaması olabileceği gibi, özel sağlık sigortası şirketleri tarafından da temin edilebilmektedir²². Özel sağlık sigortaları, genellikle özel veya genel şartlar çerçevesinde sunulmakta ve teminatlar çeşitli limitlerle sınırlandırılmaktadır. Genellikle 1 yıl süreyle uygulanan özel sağlık sigortalarına katılım birçok ülkede ihtiyarı nitelikli, yani isteğe bağlıdır²³. Kamusal sağlık sigortalarındaysa finansman; gelir vergileriyle, bordro kesintileri yapılarak devlet tarafından veya doğrudan işçi ve işverenlerin finansal katkılarıyla yapılmaktadır²⁴. Kamusal veya özel, tüm sağlık sigortalarında temel amaç sigortalıların sağlıklı kalmalarını sağlamak, hastalık veya kaza hallerinde oluşan

¹⁸ Ali Nazım SÖZER, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, 1. Baskı, İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Yayını, 1997, s.25

¹⁹ Aziz Can TUNCAY, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, İstanbul: Beta Yayınevi, 1992, s.194

²⁰ Yasemin YEĞİNBÖY ve Bahattin TAYLAN, **Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası**, İzmir: Ververiler Sigortacılık A.Ş., 1993, s.49

²¹ Deloitte Türkiye, **Türkiye Sağlık Sektörü Raporu**, İstanbul, 2012, s.80

²² Emine ORHANER, **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara: Gazi Kitabevi, 2000, s.24-26

²³ Bilgi KONGAR, **Sağlık Sigortaları**, Ankara: Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal araştırmalar Vakfı, 1989, s.28

²⁴ Irfan DHALLA, “Private Health Insurance: An International Overview and Considerations For Canada, **Longwoods Review**, Vol.5, No,3, (2007), s.90

sağlık harcamalarını tazmin etmek, hastalık, malüliyet veya işgörmezlik durumları nedeniyle geliri azalan sigortalıya gelir desteği sağlamaktır²⁵.

4. Sağlık Sigortasının Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı son derece geniş kapsamlı ve karmaşık bir kavramdır. Temel olarak sağlık sektöründe finansal kaynakların toplanması, harekete geçirilmesi ve kullanılması süreçlerini kapsamaktadır²⁶. Çağdaş sağlık sistemlerinin finansmanında sağlık ve tıbbi bakım hizmeti sunan taraf ile bu hizmetlerden yararlananlar arasında genellikle doğrudan bir parasal akış söz konusu olmamaktadır. Bunun yerine sigorta şirketi, sosyal güvenlik otoritesi veya başka bir kamu kurumu statüsündeki üçüncü taraf ödeyici finansman rolünü üstlenmektedir. Bunun en önemli sebebi, bireylerin sağlık hizmetlerine kesin olarak ne zaman ihtiyaç duyacaklarının belirsiz olması ve bazı sağlık harcamalarının hastaların tek başlarına ödeyemeyecekleri kadar yüksek maliyetli olabilmesidir. Sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmeti sunanlar ile bu hizmeti finanse edenler arasındaki kaynak transferi ve değişimi sürecini içermektedir²⁷.

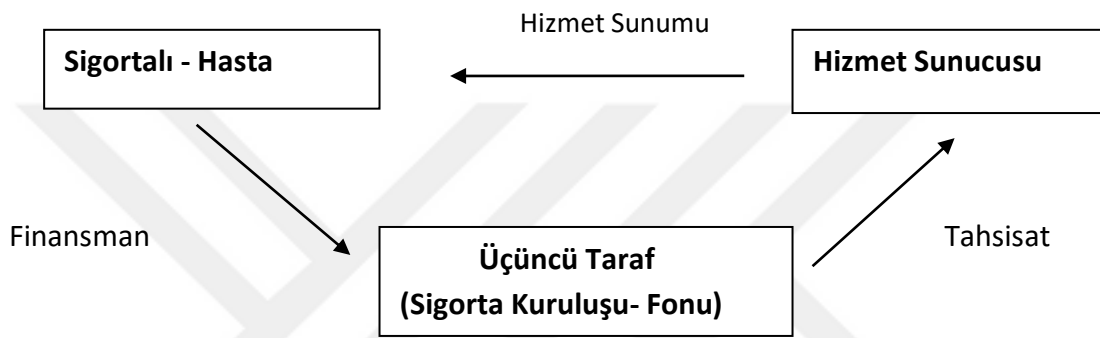
Sağlık Sigortası finansmanında belirli prosedürlere dayalı olarak işleyen üç ayaklı bir kaynak transferi süreci uygulanmaktadır. Bu süreçte, sağlık hizmetini alan birinci taraf, bu hizmeti sunan ikinci taraf ve kaynak akışını yöneterek fon oluşturan üçüncü taraf (sigorta kuruluşu) yer almaktadır. Sağlık hizmetini alan birinci taraf (sigortalı, hasta veya vatandaş), riskin meydana gelmesi sonucu sağlık hizmetinden yararlanmakta ve bu hizmetleri kullanması sebebiyle sağlık maliyetleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmetini sunan ikinci taraf sağlık hizmetlerini üreten hekim, klinik, sağlık merkezi, hastane ve eczane gibi kamusal ve özel sağlık hizmet sunucularıdır. Sigorta kuruluşu fonksiyonundaki üçüncü taraf ise sağlık hizmetlerinden yararlanan katılımcılardan vergi, kullanıcı katkısı, prim ya da benzeri ödenekler şeklinde gelir toplamakta ve topladığı bu kaynakları bir havuzda biriktirerek sigortalılar adına fon oluşturmaktadır. Sigortalıların yapmış olduğu sağlık

²⁵ORHANER, *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, s.176

²⁶ Kelly LEE and Hillary GOODMAN, “Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980’s”, Kelly LEE, Kent BUSE, Suzanne FUSTUKIAN (Eds), **Health Policy In A Globalising World** içinde, (97-119) Cambridge: Cambridge University Press, 2002, s.98

²⁷ Mehtap TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, (2011), s.104

harcamaları, bu fondan sağlık hizmet sunucularına ödeme yapılarak finanse edilmektedir²⁸. Böylece üçüncü tarafın, sağlık hizmetini üreten ikinci tarafa fondan kaynak transferi yapmasıyla sigortalıların sağlık harcamalarının finansmanı sigorta prensibiyle gerçekleştirilmiş olmaktadır. Bu süreçte geri ödeyici rolündeki üçüncü tarafın temel fonksiyonu, fon oluşturarak risk dağıtımını yapmak ve böylece katılımcılar arasında riski azaltarak sosyal dayanışma tesis etmektir. Üçüncü taraf bir devlet kurumu olabileceği gibi, yarı kamusal bir kuruluş veya özel işletme de olabilmektedir²⁹.



Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçlüsü

Kaynak: Mossialos and Dixon (2002)

Şekil 1’de sağlık harcamalarının finansmanında taraflar arasında gerçekleşen kaynak değişim transferi süreci görülmektedir. Özel veya devlet kuruluşu olabilen üçüncü taraf geri ödeyici, katılımcılardan yani sigortalılardan doğrudan veya dolaylı olarak gelirler toplamakta ve toplanan bu gelirler finansal kaynak olarak fonda biriktirilmektedir. Sonrasında, sigortalıların almış olduğu sağlık hizmetlerinin bedelleri, bu fondan kaynak tahsis edilerek sağlık hizmet sunucularına ödenmektedir.

²⁸ Randall P. ELLIS, Tianxu CHEN and Calvin E. LUSCOMBE, “Comparisons of Health Systems In Developed Countries”, **Elsevier Press**, No.3, (2014), s.4-5

²⁹ Elias MOSSIALOS ve Anna DIXON, “Funding Health Care: An Introduction”, Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Joseph FIGUERAS, Joe KUTZIN, (Eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (1-30), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002, ss.2-3

5. Sağlık Sigortasının Finansman Fonksiyonları

Sağlık hizmetleri üçlüsünde görüldüğü gibi, sağlık sigortasının finansmanında gelir toplama, fon oluşturma ve sağlık hizmeti satın alma şeklinde birbiriyle ilişkili üç temel fonksiyon bulunmaktadır³⁰. Bu fonksiyonlar; oluşan sağlık harcamalarının karşılanması için sigortalılardan doğrudan veya dolaylı ödemeler şeklinde gelir toplayarak finansal kaynak temin etme, bu finansal kaynakları biriktirerek fon oluşturma ve fonda biriktirilen bu kaynaklarla sigortalıların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini sağlık sunucularından satın alma süreçlerini içermektedir³¹.



Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları

Kaynak: Kutzin (2001)

Şekil 2’de, sağlık hizmetlerinin finansman sürecinde rol alan üç temel fonksiyon gösterilmektedir. Finansmanda öncelikle çeşitli kaynaklardan gelirler toplanmaktadır. Sonrasında toplanan bu finansal kaynaklar havuzlanarak bir fonda biriktirilmektedir. Üçüncü adımda ise, finansmanı havuzdaki kaynaklardan sağlanmak suretiyle, sigortalılar adına sağlık hizmetleri satın alınmakta ve finansmanın fonksiyonel akışı gerçekleşmiş olmaktadır.

Sağlık sigortasında finansman fonksiyonları birbiriyle yakın bağlantı ve etkileşim içerisinde yürütülen süreçlerden oluşmaktadır. Tüm fonksiyonlar kamusal veya özel, sadece tek bir kurum veya birim çatısı altında yürütülebileceği gibi, her bir fonksiyon ayrı ayrı farklı kurum veya kuruluşlar tarafından, parçalı yapıda icra

³⁰ Christopher J. L. MURRAY ve Julio FRENK, “A Framework for Assessing the Performance of Health Systems”, **Bulletin of the World Health Organization** 2000, World Health Organization, Cilt.78, Sayı.6, (2000), s.724

³¹ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (28.11.2019), s.95

edilebilmektedir. Ayrıca aynı finansman işlevleri birden fazla kurum veya organizasyon tarafından da gerçekleştirilebilmektedir³².

5.1. Gelir Toplama

Sağlık hizmetlerinin satın alınabilmesi ve finansmanın gerçekleştirilebilmesi için öncelikli olarak sigortalılardan çeşitli şekillerde gelir toplanması ve bu gelirlerle sigorta fonunda havuzlanmak üzere finansal kaynak oluşturulması gerekmektedir. Gelir toplama fonksiyonu, en basit tanımıyla birincil ve ikincil kaynaklardan para toplayarak sigortalılardan gelir elde etme aşamasıdır³³. Dolayısıyla gelir toplama işlevi; çeşitli işletmeler, hanehalkları ve donörlerden belirli yöntemlerle para toplayarak fon oluşturma sürecini ifade etmektedir³⁴. Bu süreçte kimin, ne kadar ve hangi yöntemle ödeme yapacağı, yapılan ödemelerin hangi sağlık hizmetlerini ve teminatlarını kapsayacağı ve ayrıca bu ödemelerin hangi kurum veya kuruluşlar tarafından toplanacağı gibi finansmana yönelik önemli hususlar belirlenmekte ve tatbik edilmektedir³⁵.

Gelir toplama sürecinde gelirler genel olarak kamusal ve özel finansman kaynaklarından tahsil edilmektedir. Buna göre kamusal ve yarı kamusal finansman kaynakları; genel ve özel vergiler, bütçe açığı oluşması durumunda devlet tarafından yapılan açık transferleri, devlet katkısı, sosyal sigortalardaki işçi ve işveren primleri ile piyango, şans oyunları ve bahis gelirleridir. Özel sağlık sigortası primleri, işverenler tarafından finanse edilen sigorta sistemleri, katkı payı ve ilave ücret ödemeleri, cepten ödemeler, vakıf, dernek ve hayır kuruluşlarının katkıları, toplum finansmanı ve doğrudan işletme ve hanehalkı harcamaları ise özel finansman kaynaklarını teşkil etmektedir³⁶. Kaynaklar çoğunlukla hanehalkları ve firmalardan toplanmaktadır. Mal ya da hizmet üretimi yaparak ticari faaliyette bulunan şirketler, tüzel kişiler, yönetici, müteşebbis ve işverenler ile hanehalkları ve işçiler birincil

³² Joseph KUTZIN, "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", **Health Policy**, Sayı.56, (2001), s.174

³³ MURRAY ve FRENK, **a.g.m.**, s.724

³⁴ Sarah THOMSON, Thomas FOUBISTER and Elias MOSSIALOS, **Financing Health Care in the European Union – Challenges and Policy Responses**, Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, s.26-28

³⁵ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, s.4-6

³⁶ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, s.94-98

finansman kaynaklarını oluşturmaktadır. İkincil finansman kaynakları ise hükümetler, yabancı hükümet ve firmalar, hükümet dışı örgütler ve hayır kuruluşlarıdır³⁷.

Söz konusu kaynaklardan gelir toplamak amacıyla çeşitli finansman mekanizmaları uygulanmaktadır. Doğrudan ve dolaylı vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, ihtiyari nitelikli özel sağlık sigortaları, kişisel tıbbi tasarruf planları, cepten hanehalkı ödemeleri, borç, bağış ve hibeler bunların başlıcalarıdır. Sağlık Sigortacılığında bu uygulamalar finansman yöntemleri olarak adlandırılmaktadır³⁸.

Tablo 1: Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Birimler

Kaynak	Firmalar, anonim şirketler, işverenler, hanehalkları ve çalışanlar, yerli veya yabancı hükümet dışı örgütler, hayır kurumları, dernekler Yabancı hükümetler, yabancı firmalar.
Yöntem	Doğrudan veya dolaylı vergiler, Zorunlu sigorta primleri, gelir vergisi, İhtiyari sigorta primleri (özel sağlık sigortası), Cepten ödemeler, Bireysel tıbbi tasarruf hesapları, Kredi, bağış ve hibeler.
Toplayıcı Kurum ve Kuruluşlar	Merkezi Hükümet, bölgesel veya yerel yönetimler, Sosyal güvenlik kurumları, Özel sağlık sigortası şirketleri, Bağımsız kamu kurum ve kuruluşları, Sağlık hizmet sunucuları.

Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002, s.5

³⁷ KUTZIN, a.g.m., s.176-178

³⁸ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., s.4-5

Tablo 1’de sağlık sigortacılığında başlıca finansman kaynakları, finansman yöntemleri ve söz konusu gelirleri toplayan başlıca kurum ve kuruluşlar gösterilmektedir. Buna göre finansman kaynakları çoğunlukla hane halkları ve şirketlerdir. Finansman yöntemleri birçok ÷lkede karma halde uygulanmakla birlikte genellikle zorunlu sağlık sigortası veya vergilerle finansman yönteminin ağırlıkta olduğu sistemler tercih edilmektedir. Toplayıcı kurum ve kuruluşlar sosyal güvenlik kurumları gibi kamusal veya yarı kamusal olabileceği gibi aynı zamanda özel sağlık sigortalıları gibi özel teşebbüsler de olabilmektedir.

5.2. Fon Oluşturma

Sağlık sigortasının finansmanı, bir ÷lkede sağlık harcamalarının karşılanması için gerek duyulan fonların elde edilmesi, arttırılması ve bu fonların en etkin ve verimli şekilde kullanılması süreçlerini temsil etmektedir. Bu sebeple fonlama mekanizması finansman için büyük önem taşımaktadır. Fonlama işlevi, sağlık risklerinin bu fona katkı sağlayan tüm üyeler tarafından paylaşılması prensibine dayanan bir gelir biriktirme yöntemidir³⁹.

Fon oluşturularak sağlık hizmetlerinde gerçekleşebilecek çok yüksek maliyetli risklere karşı finansal güvence geliştirilmektedir. Sigortalılar, bu fona tutarı ve ödeme zamanı önceden belli olan, makul ve karşılanabilir miktardaki prim veya katkılar ödemektedir. Böylece sigortalılar, sonradan meydana gelebilecek fakat ne zaman gerçekleşeceği belirsiz olan ve kendilerinin karşılamaya güçlerinin yetmeyeceği katastrofik nitelikli sağlık masraflarına yönelik finansal önlem almış olmaktadır⁴⁰. Fon oluşturulmasının en önemli amacı, sağlık risklerini tüm sigortalılar arasında bölüştürerek risk dağılımını yapmak ve böylece hem sigortalılar hem de sağlık hizmet sunucuları için maliyetleri ve belirsizliği azaltmaktır⁴¹.

³⁹ Joseph KUTZIN, **Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis**, 2000, <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Kutzin-TowardUniversal-whole.pdf>, , (01.12.2019), s.9

⁴⁰ Pablo GOTTRET ve George SCHIEBER, **Health Financing Revisited – A Practitioner’s Guide**, Washington D.C.: The World Bank, 2006, s.5

⁴¹ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, s.96

Gelir toplamada olduğu gibi fon oluşturma işlevi de farklı ya da çok sayıdaki kurum veya organizasyonlar tarafından icra edilebilmektedir. Fakat bu işlevler genel olarak tek bir kurum veya örgütsel yapı bünyesinde tatbik edilmektedir. Dünya genelinde uygulanmakta olan sağlık sistemlerinde fon havuzlama fonksiyonu gerçekleştiren başlıca kurum ve kuruluşlar şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Sosyal güvenlik kurumları ve sosyal sağlık sigortası fonları
- Sağlık bakanlığı ve sağlık bakanlığının merkezi ve yerel birimleri
- Özel sigorta şirketleri,
- Bölge sağlık kurulları ve yerel kamu sağlık birimleri
- Kendi çalışanlarını sigorta eden işverenler (işverene dayalı sağlık sigortası)
- Karşılıklı sigortalar.

Fonlama ve risk dağıtım fonksiyonu çeşitli sağlık sistemlerinde farklı organizasyonel yapılarda ve teknik prosedürlerle gerçekleştirilmektedir. Finansmanda tek bir fonlama havuzunun bulunması, risk dağılımının daha etkin şekilde yapılmasını sağlamaktadır⁴². Bu sebeple, fonlama işlevinin çok sayıdaki ve dağınık yapıdaki kuruluşlar tarafından yapılması yerine tek bir kurum bünyesinde gerçekleştirilmesi finansman açısından daha etkili sonuçlar vermektedir. Böylece daha büyük fonlar oluşturulabilmekte, sigortalıların ödeyeceği katkı oranları azalmakta, ölçek ekonomisinin avantajlarından daha çok yararlanılmakta ve ayrıca kolektif dayanışma büyük oranda gerçekleştirilebilmektedir⁴³. Fonların çok sayıda ve parçalı yapıda olması ise risk dağılımının etkili şekilde yapılmasını zorlaştırabilmekte ve idari giderlerin artmasına yol açabilmektedir⁴⁴.

⁴² Juan-Luiz LONDANO ve Julio FRENK, "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America", **Health Policy**, Vol.41, No.1, (1997), s.5

⁴³ SARAH, THOMSON and MOSSIALOS, **a.g.e.**, s.34-36

⁴⁴ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, ss.5-6

5.3. Sağlık Hizmeti Satın Alma ve Tahsisat

Sağlık hizmeti satın alma fonksiyonu, fonda biriktirilen gelirlerle sağlık kurum ve kuruluşlarına ödeme yapılmasını ifade etmektedir. Böylece sigortalıların almış oldukları sağlık hizmetlerinin bedelleri sağlık hizmet sunucularına fondan kaynak transferi yapılarak tahsil edilmektedir. Fon oluşturma ve hizmet satın alma işlevleri genelde aynı kurum bünyesinde yürütülmektedir. Hizmet sunucularına yapılan ödemeler, pasif veya stratejik ödemeler şeklinde gerçekleştirilmektedir. Pasif ödemeler, fatura karşılığı olan ödemeleri ifade etmektedir. Daha dinamik bir ödeme şekli olan stratejik ödemelerde ise hangi vakalar için nasıl ve kim tarafından ödeme yapılacağı belirlenmekte ve kararlaştırılmaktadır⁴⁵.

Satın alma fonksiyonunu gerçekleştiren kurumların idari ve yapısal özellikleri, mali kapasitesi, piyasadaki rekabet koşulları ve mevcut fonlama ve gelir toplama mekanizmaları, hizmet satın alma ve kaynak tahsisatı işlevlerinin başarılı şekilde uygulanmasında önemli rol oynayan unsurlardır⁴⁶. Sağlık bakanlığına ait merkezi ve yerel birimler, sosyal sağlık sigortası fonları, yerel kamu sağlık otoriteleri, özel sağlık sigortası fonları, kendi çalışanlarına sigorta sağlayan işverenler, bölge sağlık fonları ve karşılıklı sigortalar sağlık hizmet sunucularına ödeme yapan başlıca kurum ve örgütler arasındadır⁴⁷.

Sağlık hizmet sunucularına ve hekimlere yapılan ödemeler ve kaynak tahsisatı çeşitli şekillerde yapılmaktadır. Bu ödeme yöntemlerinin başlıcaları aşağıdaki gibi sıralanabilir⁴⁸:

- Bütçe ödemesi,
- Gün başına ödeme,
- Kişi başına ödeme,

⁴⁵ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, s.97

⁴⁶ Diane MCINTYRE, **Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries**, Geneva: Global Forum For Health Research, 2007, s.37

⁴⁷ KUTZIN, **a.g.m.**, s.181

⁴⁸ Guy CARRIN ve Chris JAMES, **Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı.2, Cenevre, 2004, s.97

- Vaka başına ödeme ve
- Hizmet başına ödeme yöntemi.

Sağlık sigortacılığında gelir toplama, fon oluşturma ve sağlık hizmeti satın alma işlevlerini gerçekleştiren ve her biri kendine özgü karakteristik özelliklere sahip çeşitli finansman yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemler, sağlık hizmetlerinde kalite ve sürdürülebilirliğin sağlanması bakımından büyük önem arz etmektedir.

6. Sağlık Sigortalarında Finansman Yöntemleri

Sağlık sigortacılığında gelirler genel olarak hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır. Sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla uygulanan gelir toplama yöntemleri genellikle finansman yöntemleri olarak adlandırılmaktadır⁴⁹. Dünya genelinde yaygın olarak tercih edilen başlıca 5 finansman sistemi uygulanmaktadır. Bunlar; sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve kişisel tıbbi tasarruf hesaplarıdır⁵⁰. Ülkelere ve sağlık sistemlerine göre uygulamada farklılıklar ve çeşitlilikler göstermekle birlikte, birçok ülkede çoğunlukla sosyal sağlık sigortası veya vergilerle finansman yönteminin birincil veya ağırlıkta olduğu ve birden fazla finansman mekanizmasının karma halde işlediği finansman kombinasyonları tatbik edilmektedir⁵¹.

Bir ülkede hangi sağlık finansman yönteminin uygulanacağı çeşitli ekonomik, siyasi, sosyal, demografik koşullara ve o ülkede benimsenen sağlık gelenekleri ve politikalarına bağlı olarak belirlenmektedir. Dolayısıyla, sağlık finansman sistemleri ülkelerin mevcut sosyo ekonomik ve toplumsal dinamiklerine göre değişiklikler göstermektedir. Örneğin bir ülkenin nüfusu, kişi başı milli geliri, sağlık kurumlarına müracaat sayısı, toplumdaki sağlık bilinci, sunulan sağlık servislerinin yeterliliği ve kalitesi, kayıt dışı ekonomi göstergeleri, toplam ve kişi

⁴⁹ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, s.4-5

⁵⁰ İlker BELEK, **Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü**, 3. Baskı, İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2009, s.115

⁵¹ Elias MOSSIALOS ve Anna DIXON, "Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options", Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Josep FIGUERAS, Joe KUTZIN, (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, , 2002, s.293

başı sağlık harcamaları gibi parametreler tercih edilecek sağlık finansman sistemi üzerinde de etkili ve belirleyici olmaktadır⁵².

Sağlık sigortası sistemlerini tatbik eden birçok ülkenin sağlık alanındaki en önemli ortak sorunu finansman sorunudur⁵³. Sağlık sigortasında finansman yöntemlerinin temel amacı sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirliği sağlamak, yeterli kaynak temin etmek, toplumun tüm fertlerinin sağlık hizmetlerine erişebilirliğini kolaylaştırmak ve tüm bunları gerçekleştirirken de hakkaniyet ve verimlilik ilkelerine riayet etmektir⁵⁴. Bu amaçları gerçekleştirmek adına, sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman, özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler en yaygın olarak uygulanan finansman yöntemleridir.

6.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası ilk olarak 1883 yılında Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiş ve Almanya'da uygulanmaya başlamıştır. Bu sebeple Bismarck Sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Bu sistemde finansman, işçi ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılarak alınan prim gelirleriyle sağlanmaktadır. İşçi ve işveren primlerinin yanısıra zaman zaman genel bütçeden devlet katkısı ve açık finansmanı da söz konusu olmaktadır. Toplanan sigorta primleri ortak bir fonda biriktirilmekte ve oluşan sağlık harcamaları da bu fonda havuzlanan kaynaklarla finanse edilmektedir⁵⁵. Almanya başta olmak üzere Fransa, Belçika, Japonya, İsviçre, Lüksemburg, Hollanda ve bazı Güney Amerika ülkelerinin de aralarında bulunduğu birçok ülkede ve sağlık sisteminde ağırlıklı veya birincil finansman mekanizması olarak tatbik edilmektedir⁵⁶.

⁵² Marc J. ROBERTS, William HSIAO, Peter BERMAN, Michael R. REICH, **Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity**, New York: Oxford University Press, 2004, ss154-165

⁵³ Türkan YALÇIN, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı", **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt.40, (2001), s.1

⁵⁴ World Health Organization and The World Bank, **Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries**, 2004, https://www.who.int/healthinfo/health_system_metrics_glion_report.pdf, (04.12.2019), s.11-12

⁵⁵ Aviva RON, Brian ABEL-SMITH ve Giovanni TAMBURI, **Health Insurance In Developing Countries: The Social Security Approach**, 1.Baskı, Geneva: International Labour Office, 1990, s.25

⁵⁶ Richard B. SALTMAN, "Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability", Richard B. SALTMAN, Reinhard BUSSE ve Josep FIGUERAS (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (3-20), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004, s.3

Sosyal sağlık sigortası genel olarak katılımı zorunluluk esasına dayanmakta ve kamusal kurum ve kuruluşlar tarafından idare ve organize edilmektedir. Çoğunlukla nüfusun tamamını kapsam altına alan sosyal sağlık sigortalarında kar etmekten ziyade, topluma sağlık finansmanı hizmeti sunmak ve böylece bireylerin sağlık statülerini iyileştirmek ve geliştirmek amaçlanmaktadır⁵⁷.

Bismarck yöntemiyle finansmanda işçi ve işverenler, ilgili yasal mevzuatta veya prosedürlerde belirtilen miktar ve oranlarda gelirlerinden bordro kesintisi yapılarak prim ödemektedir. Ödenen bu primler, finansmanın öncelikli kaynakları olarak sigorta fonunda havuzlanmakta ve biriktirilmektedir. Gerçekleşen sağlık harcamaları bu fonda havuzlanan kaynaklarla, sigortalılar adına sağlık hizmeti satın alınarak finanse edilmektedir⁵⁸.

Sosyal sağlık sigortasını özel kaynaklı finansman yöntemlerinden ayıran en belirgin özellik, sigorta mekanizmasının temel prensibini oluşturan ve risk yönetimi, hasar analizi ve istatistiksel hesaplamaları içeren aktüerya kavramının ve aktüeryal unsurların ön planda olmamasıdır. Sosyal sağlık sigortasında öncelikli amaç, kar etmekten ziyade kolektif dayanışma ilkesi doğrultusunda sigortalılara erişimi kolay ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktır. Bu sebeple, sigortalının ödemiş olduğu primlerle almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesi veya maliyeti arasında doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır⁵⁹.

Sosyal sağlık sigortasının temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir⁶⁰:

- Katılım toplumun tamamı için zorunluluk esasına dayalıdır,
- Kamu hukukunda ve yasal mevzuatlarda düzenlenir,

⁵⁷ Till BARNIGHAUSEN ve Rainer SAUERBORN, “One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low – Income Countries?”, **Social Science and Medicine**, Cilt.54, Sayı.10, (2002), ss.1560-1562

⁵⁸ Charles NORMAND ve Reinhard BUSSE, “Social Health Insurance Financing”, Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Josep FIGUERAS, Joe KUTZIN (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (59-79), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002, ss.59-61

⁵⁹ Richard B. SALTMAN ve Hans F.W. DUBOIS, “The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems”, Richard B. SALTMAN, Reinhard BUSSE ve Josep FIGUERAS (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (21-32), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004, ss.27-29

⁶⁰ Maximillian Kolbe DOMAPIELLE, “Health Insurance and Access to Health Care Services in Developing Countries”, **Journal of Government and Politics**, Vol.5, No.1, (February 2014), s.81-82

- Asıl amaç kar etmek değil kamusal hizmet sunmaktır,
- Prim ödemeye gücü yetmeyen yoksul kesim için de finansal güvence sağlanır,
- Sigortalıların ödediği primlerle almış olduğu sağlık hizmeti ve tıbbi yardımların maliyeti arasında bir ilişki yoktur,
- Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu yakınları da sigorta ve teminat kapsamındadır,
- Risk ve faydalar kanunlarla düzenlenir,
- Faaliyet ilkesi toplumsaldır ve kamu çıkarları gözetilir,
- Kuşaklar arasında dayanışma ilkesi söz konusudur,
- İşçi ve işveren primlerinin haricinde finansmanda devlet katkısı da söz konusudur.

6.2. Vergilerle Finansman

Beveridge Sistemi olarak da adlandırılan vergilerle finansman yönteminde, sağlık tesisleri ve hizmetleri milli güvenlik, eğitim veya ışıklıandırma gibi bir kamu mülkiyeti olarak görülmekte ve sağlık harcamaları genel vergilerden yani devlet bütçesinden finanse edilmektedir⁶¹. Bu modelde, vergilerle finansman yaparak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici her türlü sağlık hizmetini tüm vatandaşlara eşit şekilde ve hakkaniyete uygun olarak sunmak amaçlanmıştır⁶². Bu doğrultuda vatandaşlardan çeşitli şekillerde toplanan vergiler bir fonda toplanmakta ve devletin yetkili karar mekanizmaları ve sağlık otoriteleri tarafından oluşturulan bir sağlık bütçesiyle sağlık harcamaları finanse edilmektedir. Sistem, hükümet ve ilgili kamu kurumları tarafından yönetilmekte ve yürütülmektedir. Sağlık tesislerinin ve

⁶¹ Ellen M. IMMERGUT, **Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe**, 1st Edition, Cambridge: Cambridge University Press, 1992, s.5

⁶²YALÇIN, a.g.m., s.4

kurumlarının büyük bir kısmının sahibi devlettir. Doktorların çoğu kamu personelidir. Özel çalışan doktorlar da vizite ücretlerini devletten tahsil etmektedir⁶³.

Beveridge Sistemi adını Beveridge Raporunu hazırlayan William Beveridge'den almaktadır. Beveridge Raporu'nda "Sağlık riskine maruz kalan vatandaşın sağlığına kavuşturulması devletin asli görevidir" ilkesi benimsenmiştir. Dolayısıyla raporda, milli dayanışmanın bir gereği olarak tüm sağlık harcamalarının vergiler yoluyla kamu bütçesinden karşılanması gerektiği sonucuna varılmıştır⁶⁴. Yeni Zelanda 1938 yılında vergilerle finansman yöntemini hukuki olarak uygulamaya başlayan ilk ülke olmuştur⁶⁵. 1948 yılında Birleşik Krallık bu sistemi uygulamaya başlamıştır. Sonrasında bunları İspanya, Kanada, Portekiz, Şili, İskandinav ülkeleri ve İtalya takip etmiştir⁶⁶.

Beveridge Sistemi'nde finansman kaynağı vergilerdir. Vergiler doğrudan ve dolaylı vergiler olmak üzere iki kaynaktan sağlanmaktadır. Dolaylı vergiler çeşitli ticari nitelikli mal ve işlemler üzerinden alınan vergilerdir. Katma değer vergisi, özel tüketim vergisi, satış ve ithalat vergileri bunlara örneklerdir. Bu vergiler kişilerin geliriyle değil, alınıp satılan mal ve hizmetlerle alakalıdır⁶⁷. Dolaylı vergiler regresif karakterli, yani azalan oranlı olabilmektedir. Bu sebeple vergilerle finansmanda ağırlıklı olarak dolaylı vergilere başvurulması hakkaniyet açısından bazı sakıncalar oluşturabilmektedir⁶⁸. Doğrudan vergiler ise gelir vergisi, kurumlar vergisi ya da emlak vergisi gibi tüzel kişilerden veya hane halklarından toplanan vergilerdir. Bunlar kişilerin kendi servetleri ya da faiz, kar, ücret gibi faktör gelirleri üzerinden alınmaktadır⁶⁹.

⁶³Robert G. EVANS, "Financing Health Care Taxation and the Alternatives", Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Josep FIGUERAS, Joe KUTZIN, (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, , 2002, s.32-34

⁶⁴ Philip MUSGROVE, "Health Insurance: The Influence of the Beveridge Report", **World Health Organization Bulletin**, Vol.78, No.6, (2000), s.45

⁶⁵ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, s.12

⁶⁶ Brian ABEL-SMITH, **An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing**, 1st Edition, New York: Longman Group Limited, 1994, s.73

⁶⁷ Erdal ÜNSAL, **Mikro İktisat**, 4. Baskı, Ankara: İmaj Yayınevi, 2001, s.104

⁶⁸ John HILLS, "Taxation for the Enabling State", **Centre for Analysis of Social Exclusion London School of Economics - Case Paper**, Sayı 41, (Ağustos 2000), ss.12-13

⁶⁹ ÜNSAL, a.g.e., s.104

Beveridge Sisteminde finansman kamu tarafından sağlandığı için sağlık harcamalarına kaynak bulmak amacıyla ayrı bir kurum oluşturulması gerekmemekte ve bu sebeple ekstra harcama yapılmasına ihtiyaç duyulmamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların tamamı vatandaşlara sağlık hizmeti sunmak için kullanılabilir. Fakat diğer yandan bu yöntem siyasi istikrarsızlıklardan ve politik baskılardan olumsuz etkilenebilmektedir. Bu baskılar zaman zaman sağlık sisteminin finansmanı ve sunumunda verimliliği ve hakkaniyeti zedeleyebilmektedir. Merkezi yönetimin sağlık politikalarında koyabileceği bürokratik engeller ve hükümetin sağlık sisteminin finansmanına ayıracağı payı azaltması, vergilendirmeyle finansmanın diğer dezavantajları arasında görülmektedir⁷⁰.

6.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, çeşitli öngörülemeyen sağlık harcamaları ve bu harcamalar sebebiyle sigortalıların uğrayabileceği gelir kayıplarını telafi etmeyi amaçlayan sigorta türüdür. Bazı istisnaları bulunmakla birlikte, dünya genelinde isteğe bağlı olarak uygulanmaktadır. Fakat sayısı az da olsa, Uruguay ve İsviçre'deki gibi belirli nüfus grupları için katılımın zorunlu olduğu sistemler de söz konusudur. Özel sağlık sigortası hizmeti, özel teşebbüs sigorta şirketleri tarafından sunulmakta ve öncelikli olarak kar etme amacı taşımaktadır⁷¹. ABD, Avustralya ve İsviçre'de ağırlıklı finansman mekanizması olarak uygulanmaktadır⁷².

Özel sağlık sigortalarında teminat süresi genellikle 1 yıldır. Teminatlar poliçe başlangıç tarihinden itibaren yürürlüğe girmektedir. Sigortalının sadece sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek sağlık riskleri karşılanmaktadır. Poliçe başlangıç tarihinden önceki sağlık riskleri ve harcamaları teminat kapsamına alınmamaktadır. Ayakta ve yatarak tedavi olmak üzere iki çeşit teminat sunulmaktadır. Sigortalılar bireysel olarak özel sigorta yaptırabileceği gibi, paket

⁷⁰YALÇIN, a.g.m., s.2-4

⁷¹ William SAVEDOFF ve Neelam SEKHRI, **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 3, Cenevre, 2004, ss.4-6

⁷² Kennet E. THORPE, Curtis S. FLORENCE, David H. HOWARD and Peter JOSKI, "The Rising Prevalence of Treated Disease: Effects of Private Health Insurance Spending", **Health Affairs**, Vol.24, No.1, (2005), s.317-318

halinde grup sağlık sigortası yaptırmak da mümkündür⁷³. Teminatlar daha çok kişiye özgü içeriğe sahiptir. Ağırlıklı olarak, tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik güvence sunulmaktadır. Özel sağlık sigortası şirketleri genellikle maliyetleri en aza indirmek ve prim gelirlerini maksimize etmek prensibiyle hareket etmektedir. Bu sebeple sigortalının sağlık riskleri ne kadar yüksekse talep edilecek prim tutarı da aynı oranda artmaktadır⁷⁴.

Özel sağlık sigortalarında başlıca 4 model söz konusudur. Bunlar; birincil, ikame edici, tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası olarak sıralanabilir. Birincil özel sağlık sigortası, ağırlıklı finansman sistemi olarak dünya genelinde fazla tercih edilmemektedir⁷⁵. Özel sağlık sigortaları daha çok mevcut kamusal sağlık finansman sisteminin eksikliklerini ve yetersizliklerini tamamlamak amacıyla tamamlayıcı ve destekleyici fonksiyonda uygulanmaktadır⁷⁶.

Özel sağlık sigortasında, sigortalının özel yaşamında veya iş hayatında maruz kalabileceği hastalık ya da kazalar sonucu oluşan sağlık harcamaları, poliçede belirtilen genel ve özel şartlar çerçevesinde ve çeşitli limitler doğrultusunda finanse edilmektedir. Primler kişiye özgü olarak, sigorta yapılacak birey ya da grubun sağlık statüsüne ve diğer özelliklerine göre belirlenmektedir. Bireyin mevcut sağlık durumuyla ödediği prim miktarı arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Dolayısıyla sigorta yaptıracak kişinin yaşı, yaşam biçimi, geçmişte yaşadığı hastalık, ameliyat, sakatlık ve tıbbi müdahaleler, kronik hastalıklar ve kötü alışkanlıkları gibi faktörler sigorta priminin belirlenmesinde belirleyici olmaktadır. Sigorta şirketleri genel olarak sağlık riskleri yüksek olan kişilerden daha yüksek prim talep etmektedir. Bu sebeple, özel sağlık sigortaları yüksek riskli grupları dışlama eğilimine girebilmektedir⁷⁷.

⁷³ Zeynep İdil PAMİR, “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Sektöründe Hizmet ve Ürün Yeterliliğinin Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, 2010, s.38-40

⁷⁴ Tevfik ÖZLÜ, “Sağlıkta Finansman Modelleri”, **Medi Magazin Dergisi**, Sayı.349, (2008), s.379

⁷⁵ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, ss.11-12

⁷⁶ Fahrettin TATAR, “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı.25, (1996), s.45

⁷⁷ Suat UĞUR, **Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi**, 1. Baskı, Ankara: TİSK Yayınları, 2004, s.12-14

6.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, sağlık hizmetlerinin doğrudan hastalar ve hane halkları tarafından ödenerek karşılandığı finansman türüdür⁷⁸. Bu finansman yönteminde; sigorta mekanizması çerçevesinde gelir toplama, fon oluşturma ve sağlık hizmeti satın alma süreçleri söz konusu değildir. Dolayısıyla risk dağılımı ve paylaşımı, dayanışma faktörü ve sigorta fonu bulunmamaktadır⁷⁹. Ödemeler sağlık hizmetinin verildiği yerde ve zamanda, doğrudan sağlık hizmet sunucusu kurum veya şahıslara yapılmaktadır. Dolayısıyla bir ön ödeme mekanizması da mevcut değildir⁸⁰.

Cepten ödemeler; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve enformel ödemeler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır⁸¹. Doğrudan ödemeler, bireyin sağlık hizmeti ihtiyaçlarının herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında karşılanmadığı durumlarda hizmet bedelinin tamamının kendisi tarafından tahsil edildiği ödemelerdir⁸². Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık sigortası güvencesi veya sosyal güvenlik programı kapsamında olan sigortalıların, aldıkları hizmet bedelinin sabit bir miktarı için yaptıkları ödemelerdir. Yani sigortalı yaptığı sağlık harcamasının bir kısmını belirli bir oranda kendi cebinden ödemektedir⁸³. Enformel ödemeler ise genellikle hekim ve sağlık personelini etkilemek, daha kaliteli hizmet almak ya da bekleme sıralarında öne geçmek gibi amaçlarla hastaların doktorlara kayıt dışı olarak verdiği hediye, ikram, rüşvet veya para ödemeleridir. Enformel ödemeler birçok ülkenin mevzuatında yasaklanmıştır⁸⁴.

⁷⁸ Paolo BELLI, Helen SHAHRIARI ve Curtio Medical Group, **Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia**, The World Bank – HNP Discussion Paper, 2002, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13773> (05.12.2019), s.XIII

⁷⁹ OECD/EU, **Health At a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, 2016, www.oecd.org, (05/12/2019), s.156

⁸⁰ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, s.45

⁸¹ World Health Organization Europe, **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?**, www.euro.who.int, (05.12.2019), s.19

⁸² Hacer ÖZGEN, “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 10, Sayı 2, (2007), ss.202-204

⁸³ Corina C. ROS, Peter P. GROENEWEGEN ve Diana M.J. DELNOIJ, “All Rights Reserved or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrangements and Characteristics of Health Care Systems”, **Health Policy**, Cilt.52, Sayı.1, (2000), s.2

⁸⁴ BELLI ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.7-8

Cepten ödemeler, dünyanın birçok ülkesinde ve hemen hemen tüm sağlık sistemlerinde değişen boyutlarda ve şekillerde uygulanmaktadır. Bu ödemelerin uygulanmasının en önemli sebepleri, finansman sisteminde ek kaynak oluşturmak ve sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebi ve aşırı yoğunluğu azaltmaktır⁸⁵. Fakat sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ve ne şekilde ortaya çıkacağı ve ayrıca maliyetin ne kadar olacağı tam olarak bilinemediğinden dolayı, cepten ödemelerin tek başına finansman yöntemi olarak benimsenmesi uygun görülmemektedir⁸⁶. Çünkü sağlık ihtiyacı ertelenemez ve ikame edilemez niteliktedir ve ani ya da tesadüfi olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin maliyeti öngörülemez ve tahmin edilemez derecede yüksek boyutlu olabilmektedir⁸⁷.

Gelir düzeyi düşük ve sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonunun yetersiz olduğu ülkelerde cepten ödemeler yaygın olarak başvuru olan bir yöntemdir. Bu ülkelerde bireyler sağlık hizmeti alabilmek için doğrudan para ödemekte, ekonomik durumu yeterli olmayanlar ise sağlık hizmetlerinden yararlanamamakta, bu sebeple çoğunlukla iyileşememekte ve hatta bazı durumlarda ölebilmektedir. Afrika ve bazı Güney Amerika ülkeleri ile Çin ve Hindistan'da cepten ödeme yönteminin yaygın şekilde uygulandığı görülmektedir⁸⁸.

7. Dünyada Sağlık Sigortacılığı

7.1. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 50 eyaletten oluşan bir federal Cumhuriyettir. Başkenti Washington D.C. olan ABD'de her eyaletin kendi başkenti bulunmaktadır. Ülkenin 2021 yılı toplam nüfusu 333.100.748'dir⁸⁹. 2020 yılı kişi başı milli gelir ise 63.543 Amerikan Doları'dır⁹⁰.

⁸⁵ ÖZGEN, a.g.m., s.202

⁸⁶ Mehtap TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", s.113-114

⁸⁷ YALÇIN, a.g.m., s.5

⁸⁸ Norbert LAMEIRE ve Diğerleri, "Health Care Systems – An International Review: an Overview", **Nephrology Dialysis Transplantation Association**, Vol.14, No.6, (1999), s.5-6

⁸⁹ <http://worldpopulationreview.com/countries/united-states-population/>, (04/08/2021)

⁹⁰ The World Bank National Accounts Data, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=US>, (03/08/2021)

ABD’de sağlık hizmetlerine ilişkin tüm faaliyetler federal hükümet, eyaletler ve yerel düzeyde yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman merkezi hükümet, eyalet yönetimleri, işverenler, cepten demeler ve kar amacı gütmeyen sigorta planlarıyla sađlanmaktadır⁹¹. Dolayısıyla; genel vergilerden finansal kaynak temin eden federal hükümet ve eyalet hkmetleri ile sosyal güvenlik idareleri, işverenler, çalışanlar, bireysel sigorta yaptırnlar ve kamu sağlık programları sağlık hizmetlerinin finansmanında başlıca fon sađlayıcılarıdır⁹².

ABD sağlık sistemi, kamu ve özel sigortalardan oluşan karma bir yapıya sahip olmakla birlikte ağırlıklı olarak özel sigortacılığa ve özel hizmet sunumuna dayanmaktadır⁹³. Nüfusun büyük bir kısmı özel sağlık sigortasına sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumu büyük ölçüde özel hizmet sunucuları ve serbest çalışan özel hekimler tarafından verilmektedir. 2012 yılında özel sağlık sigortası yaptırn kişi sayısı 200 milyonu gemiřtir⁹⁴. Birinci basamak temel sağlık servisleri yaygın ve etkili değildir. Kişi başı sağlık harcamaları dünya ortalamalarına nazaran oldukça yüksek düzeydedir. 2018 yılı kişi başı toplam sağlık harcaması ortalama 10.637 Dolar olarak gerçekleşmiştir. 2019 yılında ise bu miktar 11.072 Dolar’a ykselmiřtir⁹⁵. Sağlık harcamalarının sadece %47’lik bir kısmı kamusal kaynaklarla finanse edilirken, %37’si özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca toplam nüfusun yaklaşık %15’i hiçbir sağlık güvencesi kapsamında yer almamaktadır⁹⁶. OECD verilerine göre 2015 yılında sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %16,7 olmuřtur⁹⁷. 2019 yılına gelindiğinde ise bu oran

⁹¹ Ruth LEVITT, Andrew WALLAND and John APPLEBY, **The Reorganized Health Service**, 6th Edition, Cheltenham: Chapman and Hall UK, 1996, s.279

⁹² Yaşar ÖZCAN ve Hacer ÖZGEN, “Sağlık Sigortacılığı Politikasında Amerikan Sağlık Sigorta Sisteminden İzlenimler”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı.7, Cilt.4, (2001), s.1497-1498

⁹³ Bruce FRIED and Laura M. GAYDOS, **World Health Systems: Challenges and Perspectives**, 2nd Edition, Chicago: Health Administration Press, 2012, s.698

⁹⁴ Carmen DENAWAS-WALT, Bernadette D. PROCTOR and Jessica J. SMITH, “Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2012”, **Current population Reports**, United States Government Printing Office, (September 2013), s.25-26

⁹⁵ OECD, OECD Data, Health Spending Per Capita, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (22/10/2020)

⁹⁶ Orhan KOÇAK, “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **İşGüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt.13, Sayı.4, (Ekim 2011), s.71

⁹⁷ WHO Country Profile, <https://www.who.int/countries/usa/en/>, (24/10/2020)

%17'ye yükselmiştir⁹⁸. OECD ülkelerinde bu oranın ortalama %9'larda gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda, ABD'deki sağlık harcamalarının ve bu harcamaların GSYİH içindeki payının son derece yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 2: ABD Yıllara Göre Sağlık Harcaması Verileri

	1990	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018
GSYİH (Milyar USD)*	5.963	10.252	13.037	14.992	18.219	18.707	19.485	20.529
Kişi Başı Milli Gelir (USD)**	23.888	36.334	44.114	48.467	56.822	57.927	59.957	62.840
Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar USD)***	721	1.369	2.023	2.598	3.205	3.361	3.492	3.621
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)***	% 12,1	% 13,4	% 15,5	% 17,3	% 17,6	% 18,0	% 17,9	% 17,7
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (USD)***	2.843	4.855	6.854	8.411	10.006	10.410	10.739	11.172
Özel Sağlık Sigortası Harcamaları (USD)****	233 Milyar	458 Milyar	701 Milyar	863 Milyar	1,1 Trilyon	1,1 Trilyon	1,1 Trilyon	1,2 Trilyon
Özel Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)****	% 32	% 33	% 34	% 33	% 33	% 34	% 34	% 34

Kaynaklar:

* The World Bank, (Current US \$) United States

, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=US> (23/10/2020)

** The World Bank, GDP Per Capita (Current US \$) United States,

<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=US>, (23/10/2020)

*** CDC.gov, <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2018/042.pdf>, (23/10/2020)

**** CMS.gov, Historical,

⁹⁸ OECD, OECD Data, Health Spending, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (29/10/2020)

Tablo 2’de 1990 yılından 2018’e kadar ABD’nin sağlık harcamalarına ilişkin çeşitli veriler sunulmuştur. Buna göre 2018 yılında ABD’de toplam sağlık harcaması 3,62 trilyon Dolar iken, bu harcamaların GSYİH içindeki payı %17,7 olmuştur. Gelişmiş ülkeler için bu rakamlar oldukça yüksek kabul edilmektedir. Kimi uzmanlara göre ABD, gelişmiş ülkeler arasında en adaletsiz ve hakkaniyetsiz sağlık sistemine sahip ülke olarak öne çıkmaktadır⁹⁹.

Tablodaki verilerden çıkarılabilecek bir diğer önemli sonuç, ABD’de sağlık sisteminin finansmanının ağırlıklı olarak özel sağlık sigortaları aracılığıyla sağlandığıdır. Görüldüğü gibi özel sağlık sigortası harcamaları 2015 yılından 2018’e kadar yaklaşık 1 trilyon Dolar olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca özel sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %34 civarında gerçekleşmektedir. Bu istatistikler, birçok gelişmiş ülkenin aksine ABD’deki sağlık finansman sisteminin ağırlıklı olarak özel sigortacılığa dayalı olduğunu işaret etmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık hizmetlerinin finansmanı 4 temel organizasyon ve sigorta sistemi çerçevesinde tatbik edilmektedir¹⁰⁰. Bunlar; kamu sağlık sigortası sistemleri, kar amaçlı özel sağlık sigortaları, Blue Cross ve Blue Shield programları ile bağımsız sigorta planlarıdır¹⁰¹.

7.1.1. Kamu Sağlık Sigortaları

Kamusal sağlık sigortası sistemleri ağırlıklı olarak, yaşlılara yönelik sağlık sigortası programı olan Medicare ile yoksul kesim için sağlık yardımları sunan Medicaid programlarından oluşmaktadır. Bunların dışında, federal hükümet ve eyaletler tarafından farklı yöntem ve şekillerde uygulanan çeşitli sigorta ve yardım planları da mevcuttur.

⁹⁹ DOMAPIELLE, **a.g.m.**, s.82

¹⁰⁰ Randall P. ELLIS, Tianxu CHEN and Calvin E. LUSCOMBE, **a.g.m.**, s.15-16;

¹⁰¹ Bülent KILIÇ, “ABD Sağlık Sistemi”, Toplum ve Doktor Dergisi, Cilt.9, Sayı.64, (1994), s.31

7.1.1.1. Medicare

1965 yılında yürürlüğe koyulan Medicare (Tıbbi Bakım) programı ile yasal emeklilik yaşı olan 65 yaşını doldurmuş tüm vatandaşlara, gelir düzeyi ve sosyal statüsü gibi unsurlar dikkate alınmaksızın, sağlık sigortası güvencesi sunulmaktadır. 65 yaşın altında olup malüliyet hali sebebiyle gelir elde edemeyen kişiler de Medicare güvencesi kapsamında yer almaktadır¹⁰². Medicare programı, Sağlık ve İnsan Hizmetleri (Health and Human Services) birimine bağlı olan Sağlık Finansmanı İdaresi (Health Care Finance Administration) tarafından yönetilmektedir. Medicare ve Medicaid programları federal hükümetin finanse ettiği sağlık harcamalarının en önemli kısmını oluşturmaktadır¹⁰³.

Medicare programının finansmanı Sosyal Güvenlik İdaresi tarafından sağlanmaktadır. Gelir vergileri, işçi ve işverenlerin kazançlarından kesilen sigorta primleri ve merkezi hükümetin yapmış olduğu katkılar başlıca finansman kaynaklarını teşkil etmektedir¹⁰⁴.

Medicare programı, uygulamada çeşitli farklılıklar bulunan Medicare A, B, C ve D olmak üzere 4 farklı teminat yapısından oluşmaktadır. Medicare A, zorunluluk esasına dayanmakta ve prim ödemesi içermektedir. En fazla 90 gün süren yatarak tedaviler, yatılı psikiyatri servisleri ve 100 ziyaretle sınırlı evde bakım hizmetleri bu kapsamda sunulan başlıca hizmetlerdir. Medicare B programı isteğe bağlı olarak uygulanmakta ve ek prim karşılığında ek sağlık teminatları içermektedir. Fizik tedavi, laboratuvar ve bazı ayakta tedavi hizmetleri sunulan bu ek teminatlar arasındadır. Medicare C; ağız ve diş sağlığı servisleri, protez ve ortezler, gözlük ve görmeye yardımcı optik araçlar ve bazı özel kapsamlı teminatları kapsamaktadır.

¹⁰² Uwe E. REINHARDT, "The Health System of the United States: Lessons for Other Countries", David W. DUNLOP and Jo M. MARTINS (Ed.), **An International Assessment of Health Care Financing: Lessons For Developing Countries** içinde (115-148), Washington D.C.; The World Bank, 1995, s.124

¹⁰³ Medicare & Medicaid, <https://www.inc.com/encyclopedia/medicare-and-medicaid.html>, (23/12/2019)

¹⁰⁴ Thomas RICE ve Diğerleri, "United States of America: Health System Review" **Health Systems in Transition**, Vol:15, No:3, 2013, s.108-110

Medicare D ise Medicare programı kapsamında yazılan reçeteli ilaçların finansmanını sağlamaktadır¹⁰⁵.

Medicare programında, sağlık harcamaları federal hükümet tarafından, genel bütçeden sağlık hizmeti satın alınması suretiyle finanse edilmektedir. Fakat sağlık harcamalarının tamamı karşılanmamaktadır. Oluşan tıbbi masraf ve giderlerin %80'i karşılanmakta, karşılanmayan %20'lik kısım için ise bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmakta veya bu bedeller cepten ödeme yöntemiyle finanse edilmektedir¹⁰⁶.

7.1.1.2. Medicaid

Medicaid (Tıbbi Yardım) programı; gelir düzeyi belirli bir rakamın altında olan, sağlık harcamalarını karşılamaya ekonomik gücü yeterli olmayan yoksul kesim için sunulan sağlık güvencesi sistemidir. Düşük gelirli olanların yanı sıra, hiç geliri olmayanlar, engelliler, kamu yardımı alanlar ve bakıma muhtaç çocuklar da Medicaid kapsamındadır. Finansmanı federal hükümet ve eyalet yönetimleri tarafından toplanan vergilerle gerçekleştirilmektedir¹⁰⁷. Medicaid, bir sigorta yöntemi olmaktan ziyade, ihtiyaç sahibi ve yoksul vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla devletin ve eyalet yönetimlerinin uygulamış olduğu bir finansal destek ve yardım programıdır¹⁰⁸. Ayakta ve yatarak tedaviler, doğum öncesi hizmetleri, ebelik ve doğum sonrası analık hali hizmetleri, aşılama işlemleri, laboratuvar, görüntüleme ve röntgen hizmetleri, evde bakım ve özel hemşirelik hizmetleri, erken teşhis ve tedavi hizmetleri, ambulans servisleri ve aile planlaması uygulamaları Medicaid kapsamında yoksul kişi ve ailelere sunulan hizmetlerin başlıcalarıdır¹⁰⁹.

¹⁰⁵ Social Security and Medicare Boards of Trustees, **Status of the Social Security and Medicare Programs A Summary of the 2017 Annual Reports**, 2017, S.13-14

¹⁰⁶ Arzu KURŞUN ve Cemil BAKICI, "Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi", **İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt:32, 2014, s.91

¹⁰⁷ Congressional Research Service, Medicaid: An Overview, 2019, <https://fas.org/sgp/crs/misc/R43357.pdf>, (23/09/2020), s.1-2

¹⁰⁸ RICE ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.120-121

¹⁰⁹ A. İlhan ORAL, "Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, (Yayımlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2001), s.80-81

Medicaid sistemi, Medicare programından farklı olarak eyaletler tarafından yönetilmekte ve yürütülmektedir. Federal hükümetin norm ve standartlarına aykırı olmamak koşuluyla, katılım koşulları eyalet yönetimleri tarafından belirlenmekte; her eyalet kendi belirlemiş olduğu prosedürler çerçevesinde sağlık yardımı ve desteği yürütmektedir¹¹⁰. Bu kapsamda, aciz ve düşkün durumdaki yaşlılar ile görme ve işitme engellilerin geçimlerini sağlayabilmelerine destek olmak için minimum gelir güvencesi sunulmaktadır¹¹¹.

7.1.2. Kar Amaçlı Özel Sağlık Sigortaları

Kar amaçlı faaliyet gösteren sigorta şirketleri, ABD'deki özel sağlık sigortalarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu sigortalar bireysel ya da grup sigortası şeklinde yapılabilmektedir¹¹². Kar amaçlı özel sigortaları çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortası şeklinde uygulanmaktadır. Bir işverene bağlı olarak hizmet akdiyle çalışanlar prim ödeyerek finansmana katılmakta ve bu şekilde sağlık sigortası güvencesi edinmektedir. Grup sigortaları daha çok büyük sigorta şirketleri tarafından sağlanmaktadır. Piyasadaki diğer küçük çaplı sigorta şirketleri ise bireysel sağlık sigortalarına ağırlık vermiş durumdadır¹¹³. Grup sigortalarında sigortalı sayısı daha fazla olduğundan ve risk dağılımı daha etkin şekilde yapılabildiğinden dolayı düşük primlerle daha geniş teminat kapsamı sunulabilmektedir. Bireysel sigortalarda ise risk havuzu küçüldüğünden dolayı teminat kapsamı nispeten daha kısıtlı olmakta ve harcamalara yönelik daha düşük ödemeler yapılmaktadır¹¹⁴.

7.1.3. Blue Cross ve Blue Shield Planları

Blue Cross ve Blue Shield sistemleri, kar amaçlı çalışmayan özel sigorta organizasyonlarıdır. İlk olarak 1929 tarihinde Justin Ford Kimball tarafından Dallas

¹¹⁰ E. Joseph STIGLITZ, **Economics of the Public Sector**, 2nd Edition, New York: Princeton University Press, 1988, s.346

¹¹¹ Özlem ÖZER ve Fatih ŞANTAŞ, "Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı", **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt.3, Sayı.2, (Nisan 2012), s.101

¹¹² Gürkan DUYUK, "Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması", (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015), s.66

¹¹³ İlhan ORAL, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt.2, Sayı.2, (2002), s.62

¹¹⁴ Celal DAĞ, "Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Seçilmiş Bazı Ülke Sistemleri İle Karşılaştırmalı Analizi", (Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013), s.155

Üniversitesi'nde ön ödemeli hastane ve bakım servisi sunmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu iki sistemin diğer özel sağlık sigortası şirketlerinden en önemli farkı, kar amacı taşıyor olmaları ve birbirleriyle rekabet etmemeleridir¹¹⁵.

Blue Cross, hastane ve diğer sağlık tesisi masraflarını karşılarken Blue Shield Planı ise hekim ve sağlık personeli masraflarını sigorta etmektedir. Dileyenler bireysel sigorta yaptırabildiği gibi isteğe bağlı olarak grup poliçeleri de yapılabilmektedir¹¹⁶. Günümüzde hekim ücretlerinin yüksek olması sebebiyle Blue Shield programının mali sürdürülebilirliğinde güçlükler yaşanmaktadır. Bu programların en önemli avantajı, sağlık hizmetleri kendi hastane ve tesislerinde verildiğinden dolayı maliyetlerin daha düşük ve hizmetlerin daha ucuz olmasıdır¹¹⁷. Ayrıca kurumların anlaşması durumunda tedavi hizmetleri başka bir sağlık kuruluşunda da verilebilmektedir¹¹⁸. Blue Shield ve Blue Cross Organizasyonları ABD'deki tüm eyaletlerde mevcut ve geçerli olmasına rağmen her eyalette aynı etki ve yaygınlığa sahip değildir¹¹⁹.

7.1.4. Bağımsız Sigorta Planları

Bağımsız sigorta planları, kar amacı gütmeyen ve sigorta primleriyle finanse edilen sigorta sistemleridir. Health Maintenance Organisation (HMO), Preferred Provider Organisation (PPO), Independent Practice Organisation (IPO) ve Exclusive Provider Organisation (EPO) başlıca bağımsız sigorta planlarıdır¹²⁰.

HMO kapsamında yer almak isteğe bağlıdır. HMO'nun hizmetlerinden yararlanmak isteyenler aylık belirli bir prim tutarı ödemek zorundadır. HMO sigortalıları, işverenler ve HMO kurucularının yaptıkları protokollerle sağlık hizmeti

¹¹⁵ The Henry J. Kaiser family Foundation, How Private Health Coverage Works: A Primer 2008 Update, 2008, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7766.pdf>, (30/10/2020), s.2

¹¹⁶ Federal Employees Health Benefits Program, Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan, 2019, <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/plan-codes/2019/brochures/71-005.pdf>, (23/09/2020), s.4-6

¹¹⁷ Filiz ATAĞ, "ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları", **Hazine Dergisi**, Sayı.3, (Temmuz 1996), s:3

¹¹⁸ Blue Cross and Blue Shield Association, Blue Facts, 2018, https://www.bcbs.com/sites/default/files/file-attachments/page/BCBS.Facts_0.pdf, (25/09/2020), s.2

¹¹⁹ İlker BELEK, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul: Sorun Yayınları, 1994, s.104

¹²⁰ Michael R. EDGMAN, Ronald L. MOOMAW and Kent W. OLSON, **Economics and Contemporary Issues**, Orlando: The Dryden Press, 1996, s.151

hakkı kazanmaktadır. PPO'lar ise 1980'li yıllarda HMO'ya alternatif olarak uygulamaya koyulmuştur. PPO sisteminde sözleşmeli hekimlerden biri sigortalıya danışman hekim olarak tahsis edilmekte ve bu danışman hekim tıbben gerek gördüğü durumlarda hastayı başka bir hekime sevk edebilmektedir. PPO programı ise sağlık harcamalarındaki artışı azaltmak amacıyla uygulanmaktadır. Bu plan kapsamında sigortalıların, sigorta şirketleri ve işverenler tarafından belirlenen sağlık hizmet sunucularını kullanması sağlanmaktadır¹²¹.

7.2. Almanya

Almanya, gelişmiş sanayi ve güçlü ekonomiye sahip bir orta Avrupa ülkesidir. 2021 Ağustos ayı itibarıyla nüfusu 84.077.668'dir¹²². 2020 yılı kişi başı milli geliri 45.109 USD'dir¹²³. Aynı yıl gayri safi yurtiçi hasıla ise 3,80 trilyon Amerikan Doları olmuştur¹²⁴. Yine 2020 yılında kişi başı ortalama sağlık harcaması 6.731 Dolar iken, sağlık harcamalarının gayrisafi milli hasıla içindeki payı %12,5 olarak gerçekleşmiştir¹²⁵. 2019 yılında Almanya'da toplam 486,2 milyar Dolarlık sağlık harcaması yapılmıştır¹²⁶. Sosyal sigortaları kuran ilk ülke olan Almanya'da 1871 yılında Bismarck'ın yönetime geçmesiyle birlikte zorunluluk esasına dayanan ve tüm nüfusu kapsayan sosyal sigortacılık anlayışı benimsenmiştir. Sonraki süreçte art arda sosyal sağlık sistemine yönelik kanunlar çıkarılmış ve 1883'te Hastalık Sigortası Kanunu yürürlüğe koyulmuştur¹²⁷.

Almanya sağlık sisteminde tipik Bismarck Modeli uygulanmakta ve sağlık harcamaları ağırlıklı olarak işçi ve işverenlerin ödedikleri primlerle finanse edilmektedir. 2009 yılında gerçekleştirilen sağlık reformları sonrasında Almanya vatandaşı olan veya kalıcı olarak Almanya'da ikamet etme iznine sahip olan herkes

¹²¹ The Henry J. Kaiser family Foundation, **a.g.e.**, s.3-4

¹²² Germany Population (Live), <https://www.worldometers.info/world-population/germany-population/>, (04/08/2021)

¹²³ Tradingeconomics.com, Germany GDP Per Capita, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp-per-capita>, (04/08/2021)

¹²⁴ Tradingeconomics.com, Germany GDP, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp>, (04/08/2021)

¹²⁵ OECD Data, Health Spending Per Capita, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (04/08/2021)

¹²⁶ Destatis, Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/Tables/sources-of-funding.html;jsessionid=2BAEEC1859F5453D705E3C6301F3797D.internet8721>, (08/11/2020)

¹²⁷ Sarper ERDOĞAN, "Almanya'da Sağlık Sistemi", **Toplum ve Doktor Dergisi**, Cilt.9, sayı.64, (1994), s.7

zorunlu olarak yasal hastalık sigortasına veya özel sağlık sigortasına tabi olmaktadır. Yasal hastalık sigortasına tüm vatandaşlar otomatik olarak dahil iken özel sağlık sigortasına katılım için bazı kanuni şartlar ve gelir limiti kriterleri söz konusudur¹²⁸. Nüfusun yaklaşık %85'i primlendirmeye dayalı ve birbirleriyle rekabet halinde olan 300'e yakın hastalık sigortası fonlarının sunmuş olduğu sağlık güvencesine sahiptir. Nüfusun yaklaşık %10'u ise özel sağlık sigortası sahibidir¹²⁹.

Tablo 3: Almanya Yıllara Göre Sağlık Harcaması Verileri

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Toplam Nüfus (Milyon)*	81,17	81,45	81,78	82,19	82,65	83,12	83,51
GSYİH (Trilyon USD)**	3,73	3,88	3,36	3,46	3,66	3,94	3,84
Kişi Başı Milli Gelir (USD)***	44.139	44.933	45.321	45.959	46.916	47.490	47.628
Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon USD)****	374.247	390.362	409.174	426.299	446.135	463.845	486.260
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)****	% 11,2	% 11,2	% 11,4	% 11,5	% 11,6	% 11,7	% 11,7
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (USD)****	4.949	5.149	5.295	5.668	6.011	6.224	6.646
Özel Sağlık Sigortası Harcamaları (Milyon USD)*****	34.316	34.535	36.258	36.829	37.598	39.485	41.135
Özel Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı	% 9,1	% 8,8	% 8,8	% 8,6	% 8,4	% 8,5	% 8,5

Kaynaklar:

* worldometers.info, Germany Population (Live), <https://www.worldometers.info/world-population/germany-population/>, (01/11/2020)

¹²⁸ Hakan KESKİN, “Özel sağlık sigortasının Gelişme Potansiyeli Üzerine Tüketici görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2019), s.48-50

¹²⁹ Emily CLARKE and Elliot BIDGOOD, **Health Care Systems: Germany**, 2012, <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/germany.pdf>, (03/01/2020), s.2-4

**tradingeconomics.com, Germany GDP, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp>, (03/11/2020)

*** tradingeconomics.com, Germany GDP Per Capita, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp-per-capita>, (03/11/2020)

**** gbe-bund.de, Health expenditures in Germany as share of GDP and in millions of Euro (absolute and per inhabitant) http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/XWD_30/D.000/3732, (03/11/2020)

***** Destatis Statistisches Bundesamt, GENESIS ONLINE, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1604762559559&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=23611-0001&auswahltext=&werteabruf=Value+retrieval#abreadcrumb>, (03/11/2020);
<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=23611-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1604766720138#abreadcrumb>, (03/11/2020)

Tablo 3'te 2013 ile 2019 yılları arasında Almanya'daki sağlık harcaması ve bu harcamalarla ilişkili veriler sunulmuştur. Buna göre, ülkede toplam sağlık harcaması 2013 yılında 374,2 milyar Dolar iken 2019 yılına gelindiğinde bu sayı 486,2 milyar Dolara yükselmiştir. Tüm yıllar içinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %11,2 ile %11,7 aralığında olmuştur. Yine 2019 yılında özel sağlık sigortası harcaması 41,13 milyar Dolar iken bu harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı sadece %8,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler ışığında, Almanya'da herkesi kapsayan zorunlu Yasal Hastalık Sigortası sisteminin büyük oranda yeterli ve etkili bir sigorta mekanizması olduğu ve sağlık finansman sisteminde kamunun ağırlıkta olduğu sonuçlarına varmak sürpriz olmayacaktır.

Sağlık harcamalarının finansmanında kamu ve özel sigortacılığın birlikte uygulandığı karma bir sistem tatbik edilmektedir. Hastalık kasası olarak da adlandırılan sigorta fonları; yerel, endüstriyel ve kırsal fonlar ile denizci, madenci ya da zanaatkar fonları gibi birtakım fonlardan oluşmaktadır. Bu fonlar, merkezi hükümetin idaresi dışında kendi kendini yöneten bağımsız sigorta organizasyonları olarak faaliyet göstermektedir¹³⁰. Dolayısıyla hastalık sigortası fonları, kamu tarafından düzenlenmiş, özerk yapıya sahip sivil toplum kuruluşu niteliği

¹³⁰ REINHARDT, a.g.m., s. 168-169

taşımaktadır. Bu fonların öncelikli amacı kar etmek değil, sağlık risklerini geniş katılımcı kitlesine dağıtarak sağlık maliyetlerine yönelik finansal güvence temin etmek ve topluma sağlık sigortası hizmeti sunmaktır. Hastalık sigortası fonlarının temel finansman kaynağı, işçi ve işverenlerin kazançlarından kesinti yapılarak tahsil edilen prim ödemeleridir¹³¹. 2019 yılında toplamda 109 organizasyon, hastalık sigortası fonu olarak faaliyet göstermiştir¹³²

Almanya sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıkta ve ön plandadır. Pratisyen hekimler tarafından yürütülen aile hekimliği uygulaması sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Hizmet basamakları arasında sevk zinciri uygulanmakta ve pratisyen hekimler tıbben gerekli gördükleri durumlarda hastalarını başka bir sağlık kurumuna veya hekime sevk edebilmektedir. Sistemde her birey için bir pratisyen hekim tahsis edilmektedir. Hastalık sigortası kapsamında sunulan başlıca sağlık hizmetleri şunlardır: 1) Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, 2) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, 3) Evde ve sürekli bakım hizmetleri, 4) Tedavi, iyileştirme ve rehabilitasyon hizmetleri, 5) Laboratuvar, tetkik ve görüntüleme hizmetleri, 6) İkinci ve üçüncü basamak hastane ve ihtisas tıp hizmetleri¹³³.

7.2.1. Yasal Hastalık Sigortası

Yasal hastalık sigortası; yasal kaza sigortası, yasal emeklilik sigortası, yasal işsizlik sigortası ve yasal bakım sigortası ile birlikte beş sütunlu Alman sosyal güvenlik sistemini oluşturmaktadır. Finansmanı primlere dayanan yasal hastalık sigortasında prim oranı, işçi payı %8,2 ve işveren payı %7,3 olmak üzere toplamda %15,5'tir¹³⁴.

Yasal hastalık sigortası kapsamında sigortalılar uygulama ve kapsam bakımından aralarında büyük farkların olmadığı ve federal hükümet tarafından belirlenen minimum hizmet içeriği sunan hastalık sigortası fonlarından birini

¹³¹ Reinhard BUSSE and Annette RIESBERG, **Health Care Systems In Transition: Germany**, 2004, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf, (03/01/2020), s.30-34

¹³² <https://www.gesetzlichekrankenassen.de/kassen/kassen.html>, (15/10/2020)

¹³³ ERDOĞAN, **a.g.m.**, s.19

¹³⁴ Şeniz ÖZMERT KOÇER, “Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları”, (**Uzmanlık Tezi**, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014), s.24-25

seçmektedir. Bazı istisnai durumlar haricinde sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Sigorta kapsamında sunulan sağlık hizmetleri için fonlarla anlaşmalı olarak çalışan hekimlere herhangi bir ücret ödemesi yapılmamaktadır. Reçeteli ilaçların, bazı fizyoterapi hizmetlerinin ve hastanelerde yatarak tedavilerdeki ilk 14 günlük hizmet bedellerinin bir kısmı sigorta kapsamı dışında tutulmakta ve bu bedelleri hastalar kendi ceplerinden ödemektedir. Almanya'daki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %78'i yasal hastalık sigortası kapsamında finanse edilmektedir¹³⁵.

Yasal hastalık sigortasında primler riske göre değil, sigortalının kazancına göre ödenmektedir. Dolayısıyla, sigortalının ödemiş olduğu prim tutarı ile aldığı sağlık hizmetinin maliyeti ve kalitesi arasında doğrudan bir ilişki söz konusu değildir. Yasal hastalık sigortası için Kanunda alt ve üst sınır belirlenmiştir. Buna göre, kazancı belirlenen bu üst sınırın üzerinde olan kişiler yasal hastalık sigortası kapsamında yer almak zorunda değildir. Bu kişiler özel sağlık sigortası yaptırebilmektedir. Kazancı üst sınırın altında olan kişiler için ise yasal hastalık sigortası kapsamında yer almak zorunludur. Zorunlu olarak yasal hastalık sigortası kapsamında yer alan başlıca kişi ve meslek grupları şunlardır¹³⁶:

- Beyaz ve Mavi yakalı çalışanlar,
- Federal İstihdam ajansı tarafından işsizlik ödeneği alan işsizler,
- Güzel sanatlar, müzik ve edebiyatla uğraşan sanatçı ve yayıncılar,
- Tarım işletmelerinde çalışan 15 yaşını doldurmuş tarım işçileri,
- Federal hükümetçe tanınan bir yüksekokulda eğitim gören 30 yaşını doldurmamış öğrenciler,
- Atölyelerde çalışan ve devlet tarafından uygulanan mesleki teşvik programlarına katılan engelliler.

¹³⁵Reinhard BUSSE and Miriam BLÜMEL, **Germany Health System Review**, Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, s.xxvi

¹³⁶ Hediye ERGİN, "Alman Hukukunda Sağlık Yardımları", **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, (2007), s.83-85

7.2.2. Özel Sağlık Sigortaları

Aylık kazancı Sosyal Kanun Kitabının beşinci cildinde (SGB V) belirtilen ve her yıl yasal olarak yeniden düzenlenen alt limitin üzerinde olan kişiler, isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortasına tabi olabilmektedir. Bu alt limit, 2021 yılı için yıllık 64.350 Euro'dur. Yani yıllık toplam kazancı 64.350 Euro'dan fazla olan Almanya vatandaşları dilerse özel sağlık sigortasına geçebilmektedir¹³⁷. Yıllık brüt maaşı, belirlenen bu alt limiti geçen memur, çalışan ve serbest meslek mensubu kişiler, isteğe bağlı olarak sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde sunulan kamu sağlık sigortası kapsamında yer almaya devam edebilmektedirler. Yıllık geliri, söz konusu bu alt limiti aşan kesimin yaklaşık %75'i kamunun sunduğu mevcut yasal hastalık sigortası kapsamında kalmaya devam etmektedir. Özel sağlık sigortasına geçen kesimin ise önemli bir bölümü gelir düzeyi yüksek ve nispeten genç bir kitleden oluşmaktadır. Bu kişilerin özel sağlık sigortalarını tercih etmelerinin en önemli sebepleri; özel sağlık sigortalarında sunulan geniş hizmet seçenekleri ve özellikle gençlere yönelik sunulan avantajlı sigorta primleridir¹³⁸.

2009 tarihli sağlık reformuyla birlikte Almanya federal hükümeti özel sağlık sigortalarına Temel Tarife (Basistarif) uygulama zorunluluğu getirmiştir. Temel Tarifeye göre özel sağlık sigortası şirketlerinin finanse ettiği hizmetler, yasal hastalık sigortasında sunulan sağlık hizmetleriyle aynı olmak zorundadır. Prim tutarları, bireyin gelir durumuna göre değil, yaş ve cinsiyeti göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Primin hesaplanmasında, sigortalının sağlık statüsü ve hastalık geçmişi gibi kriterler dikkate alınmamaktadır. Sigortalının özel sağlık sigortasından memnun kalmaması durumunda resmi başvuruda bulunarak 2 ay içerisinde poliçe feshedilebilmektedir. Ayrıca sigortalılar istedikleri zaman başka bir sigorta şirketine geçebilmektedir¹³⁹.

¹³⁷Health Insurance Options in Germany -2021, <https://www.howtogermany.com/pages/healthinsurance.html>, (01/06/2021)

¹³⁸ Elias MOSSIALOS and Martin WENZL, **International Profiles of Health Care Systems**, London: The Commonwealth Fund, 2015, s.64-65

¹³⁹ Nuray ÖZTÜRK, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği: Vatandaş Görüşlerinin Belirlenmesi", **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014), s.57-58

Almanya’da mevcut sosyal sağlık sigortası sisteminde topluma oldukça geniş teminat kapsamı sunulduğundan dolayı, özel sağlık sigortaları ağırlıklı olarak tamamlayıcı sigorta fonksiyonu görmektedir. Kanuni olarak, özel sağlık sigortalarının kamu tarafından sunulan sağlık teminatlarını asgari düzeyde sağlama şartı bulunmaktadır. Bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmalarının en önemli sebebi, daha geniş kapsamlı bir sağlık teminatına sahip olma arzusudur. Tamamlayıcı sağlık sigortalarıyla; reçeteli ilaçlarda uygulanan katılım payları, daha yüksek standartlarda sunulan lüks ve konforlu sağlık hizmetleri, otelcilik servisleri, ileri tanı, tetkik ve tedavi yöntemi uygulamaları, ağız, diş ve göz sağlığı hizmetleri teminat kapsamına alınabilmektedir¹⁴⁰.

Yasal hastalık sigortası ve özel sağlık sigortaları dışında Almanya’da sağlık hizmetlerinin finansmanında daha küçük çaplı organizasyonlar da faaliyet göstermektedir. Bunlardan biri, yerel düzeyde uygulanan ve finansmanı yerel kaynaklarla sağlanan yerel organizasyonlardır. Bir diğeri ise işçileri adına, işverenler tarafından organize ve finanse edilen hekime dayalı tıbbi bakım ve sağlık servisi uygulamalarıdır¹⁴¹.

7.2.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları

Almanya’da tamamlayıcı sağlık sigortaları, kamunun sunduğu zorunlu yasal hastalık sigortasının kısmen veya tamamen karşılamadığı sağlık servislerini teminat altına almaktadır. Nüfusun yaklaşık %22’si tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındadır. Poliçeler genellikle 1 yıllık düzenlenmektedir. Prim tutarları; teminat içerikleri, sigortalının yaşı ve sağlık statüsü gibi unsurlara bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında; gözlük, lens ve diğer görmeye yardımcı malzeme giderleri, özel sağlık hizmet sunucularından alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri, özel hekim harcamaları, akupunktur, alternatif tıp ve bitkisel tedavi giderleri teminat altına alınabilmektedir¹⁴². Ayrıca özel hemşire bakımı, lüks otelcilik hizmetleri, katılım payı ödemeleri, hekim ve hastane seçimi

¹⁴⁰ Ali N. YÜCEL, “Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, **Reasürör Dergisi**, Sayı.17, (1995), s.17

¹⁴¹ BELEK, **a.g.m.**, s.113-114

¹⁴² Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası: Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesine Türkiye İçin Öneriler Raporu**, İstanbul: Deloitte Turkey, 2015, s.49-51

gibi hizmetler de teminat kapsamına dahil edilebilmektedir¹⁴³. Almanya’da sigorta şirketleri, tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişileri önceden var olan rahatsızlıkları veya kronik sağlık sorunları sebebiyle geri çevirememektedir. Bu kişiler için bir risk değerlemesi yapılarak prim tutarları belirlenmektedir¹⁴⁴.

7.3. İngiltere

Avrupa’nın kuzeyinde bir ada devleti olan İngiltere; İskoçya, Kuzey İrlanda ve Galler ile birlikte Birleşik Krallık’ı oluşturan dört ülkeden biridir¹⁴⁵. Anayasal Monarşi rejimi ile yönetilen İngiltere’de parlamenter sistem uygulanmaktadır. 2019 nüfusu 66.435.600’dür¹⁴⁶. 2020 yılı kişi başı milli gelir 40.285 USD’dir¹⁴⁷. Aynı yıl kişi başı ortalama sağlık harcaması 5.268 Amerikan Doları olmuştur¹⁴⁸. 2019 yılında İngiltere’de toplam 200,97 milyar Dolar sağlık harcaması yapılmış ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı %7,2 olarak gerçekleşmiştir¹⁴⁹.

¹⁴³ ŞAHİN, **a.g.t.**, s.32

¹⁴⁴ CLARKE and BIDGOOD, **a.g.m.**, (03/02/2020), s.2-5

¹⁴⁵ *The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland – General Information*, http://skola.amoskadan.cz/s_aj/AJpdf/aepdf/ae01.pdf, (05/01/2020), s.1

¹⁴⁶ England Population 2019, <http://worldpopulationreview.com/countries/england-population/>, (05/08/2021)

¹⁴⁷ England GDP Per Capita 1960-2020, <https://www.macrotrends.net/countries/GBR/united-kingdom/gdp-per-capita>, (05/08/2021)

¹⁴⁸ OECD Data, Health Spending Per Capita, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (05/08/2021)

¹⁴⁹ https://www.ukpublicspending.co.uk/uk_national_healthcare_analysis, (05/08/2021)

Tablo 4: İngiltere Yıllara Göre Sağlık Harcaması Verileri

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Toplam Nüfus (Milyon)*	64,02	64,52	64,98	65,42	65,86	66,29	66,72	67,14
Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon USD)**	264.271	270.183	273.955	280.564	285.584	290.070	294.284	303.555
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)**	% 10,0	% 10,1	% 10,0	% 10,0	% 9,9	% 9,9	% 9,8	% 10,0
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (USD)**	4.175	4.241	4.273	4.343	4.385	4.418	4.456	4.569
Özel Sağlık Sigortası Harcamaları (Milyon USD)**	9.272	9.347	9.387	9.523	9.302	8.075	8.659	8.914
Özel Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı	% 3,50	% 3,45	% 3,42	% 3,39	% 3,25	% 2,78	% 2,94	% 2,93

Kaynaklar:

* worldometers.info, U.K. Population (Live), <https://www.worldometers.info/world-population/uk-population/>, (04/11/2020)

** ons.gov.uk, Office for National Statistics, U.K Health Accounts Reference Tables, Health Accounts Financing Data 1997 to 2018, Table 1a to 1e, Table 2a to 2c, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/datasets/healthaccountsreferencetables>, (08/11/2020)

Tablo 4'te İngiltere'de sağlık harcamalarına ilişkin çeşitli veriler sunulmuştur. Buna göre 2011 yılında 264,2 milyar USD olan toplam sağlık harcamaları 2018 yılına gelindiğinde 303,5 milyara yükselmiştir. Son yıllarda düşüşe geçen özel sağlık sigortası harcamaları 2018'de yaklaşık 8,9 milyar Dolar olmuş ve aynı yıl özel sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı sadece %2,93 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum, tipik Beveridge finansman sisteminin uygulandığı İngiltere'de sağlık harcamalarının çok büyük oranda kamusal kaynaklarla finanse edildiğini ve özel sigortacılığının rolünün ve ağırlığının küçük çapta olduğunu göz önüne sermektedir.

İngiltere'nin uyguladığı sağlık sistemi; tüm nüfusu kapsam altına alan, hizmet kalitesinin son derece yüksek olduğu, kolay erişilebilir ve gelişmiş bir sağlık sistemi olarak değerlendirilmektedir¹⁵⁰. Sağlık sistemi bütüncül ve merkezîyetçi bir yapıya sahiptir¹⁵¹. Sağlık ve bakım hizmetlerinin sunumu ve finansmanı Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services - NHS) tarafından sağlanmaktadır. NHS, nüfusun tamamına yönelik birinci, ikinci ve üçüncü basamak kapsamlı ve kaliteli sağlık ve tıbbi bakım hizmeti sunmaktadır. Hastalar, NHS'nin sunduğu sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları ve talepleri doğrultusunda ücretsiz şekilde faydalanabilmektedir¹⁵². İngiltere vatandaşı olan veya İngiltere'de kalıcı olarak ikamet etme hakkına sahip olan herkes, hizmet sunumu esnasında herhangi bir ödeme yapmak zorunda kalmaksızın NHS'nin temin ettiği sağlık ve bakım hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır¹⁵³. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak genel bütçeden vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarının finansmanı için Sağlık Bakanlığına Hazine'den her yıl belirli bir sağlık bütçesi tahsis edilmektedir¹⁵⁴. Vergiler haricinde, kazancı belirli bir limitin üstünde olanların ödediği ulusal sigorta primleri, bazı tedavi hizmetleri ve reçeteli ilaçlar için tahsil edilen katkı payları ile özel hastanelerde söz konusu olan cepten ödemeler sağlık sisteminin finansmanında kullanılan diğer gelir kaynaklarıdır¹⁵⁵.

İngiltere sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu hizmet sunucuları ve kamu kaynakları ağırlıkta olduğundan dolayı¹⁵⁶ özel sağlık sigortalarının sağlık sistemindeki etkinliği ve rolü daha sınırlı ve geri planda kalmıştır.¹⁵⁷ Toplam sağlık harcamalarının %80'i kamu tarafından

¹⁵⁰ A. Erdal SARGUTAN (Ed.), **84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2010, s.518

¹⁵¹ Gönül DİNÇ, **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**, 1. Baskı, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009, s.5

¹⁵² Eva LIU ve Elyssa WONG, **Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom**, Hong Kong: Provisional Legislative Council Secretariat Research and Library Services Division, 1998, ss.3-4

¹⁵³ Ruth THORLBY ve Sandeepa ARORA, "The English Health Care System, 2015", MOSSIALOS, Elias., WENZL, Martin., OSBORN, Robin. ve SARNAK, Dana. (Ed.), **2015 International Profiles of Health Care Systems** içinde, (49-58) New York - Washington D.C.: The Commonwealth Fund, 2016, s.49

¹⁵⁴ Thomas POWELL, "The Structure of the NHS", **House of Commons Briefing Paper**, Paper No.07206, (March 2016), s.5

¹⁵⁵ India KEABLE-ELLIOT, **Hypothecated Taxation and the NHS**, Centre Forum, 2014, ss.8-10

¹⁵⁶ DİNÇ, **a.g.e.**, s.5

¹⁵⁷ SARGUTAN, **a.g.e.**, s.519

karşılanmaktadır. Bu harcamaların sadece %3'ü özel sağlık sigortaları ile finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarının %15'i ise cepten ödemeler yoluyla karşılanmaktadır¹⁵⁸

İngiltere sağlık sisteminin organizasyonel yapısı; primli rejim, primsiz rejim ve ulusal sağlık sistemi olmak üzere üç sistemden oluşmaktadır. Primli rejim; hastalık, işsizlik, emeklilik, yaşlılık, dulluk, analık halleri ve risklerine karşı prim ödeme koşuluyla sigortalılara güvence sağlamaktadır. Primsiz rejim, engelli kişilere ve bu kişilerin bakımını üstlenen yakınlarına yapılan para yardımlarını içermektedir. Primsiz rejimin finansmanı genel bütçeden, yani devlet tarafından sağlanmaktadır. Ulusal sağlık sistemi ise İngiltere'de yaşayan tüm nüfusa ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunan ve finansmanı vergilerle gerçekleştirilen bir kamusal sağlık sistemidir¹⁵⁹. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanından ulusal sağlık sistemi yani NHS sorumlu iken, sağlık risklerinin gerçekleşmesi sebebiyle vatandaşların ihtiyaç duyduğu parasal yardımların ödenmesi ise ulusal sigorta sisteminin sorumluluk alanındadır. Parasal yardımlar sosyal güvenlik idaresi tarafından yapılmakta, sağlık hizmetleri ve sağlık yardımlarıysa NHS ile Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. Vatandaşların parasal yardımlara hak kazanabilmesi için ulusal sigortaya belirli tutarlarda prim ödemesi yapması gerekmektedir. Parasal yardımlar, yasal hastalık ödeneği ve nakit hastalık yardımı şeklinde ödenmektedir¹⁶⁰.

7.3.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)

1942 yılında İngiltere'nin sosyal güvenlik tarihinde önemli bir yeri olan Beveridge Raporunu hazırlayan William Beveridge, tüm nüfusu kapsam altına alan düzenli bir kamu sağlık sigortası sisteminin uygulamaya koyulacağını belirtmiştir. Sonraki süreçte, NHS Kanunu 1946 yılında kabul edilmiş ve 1948'de de yürürlüğe girmiştir. Her vatandaşın sağlık hizmetlerinden ücretsiz şekilde yararlanması ilkesi

¹⁵⁸ OECD/European Union, **Health At A Glance: Europe 2018: State of Health In the EU Cycle**, Paris: OECD Publishing, 2018, s.143

¹⁵⁹ Rana ÇETİN, "İngiltere, Almanya ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları", **Emek Dünyası Dergisi**, (Eylül 2007), s.3

¹⁶⁰ Aygül KAYA, "Türkiye İle Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması", **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2011)**, s.105

çerçevesinde faaliyet gösteren NHS, İngiltere’de ikamet eden tüm nüfusa sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık harcamaları ve maliyetleri devlet bütçesinden yani vergilerle finanse edilmektedir. Bu sebeple NHS sisteminin sosyal yönelimli bir yaklaşım olduğu varsayılmaktadır¹⁶¹.

NHS’de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Toplumun %99’u için, birinci basamak sağlık sisteminde faaliyet gösteren bir pratisyen hekim (GP) tahsis edilmiştir. Bireyler sağlık hizmeti ihtiyacı olduklarında ilk olarak, kayıtlı oldukları pratisyen hekimlere müracaat etmektedir. Pratisyen hekimler gerekli muayene ve tetkikleri yaptıktan sonra tıbben gerekli görmeleri durumunda hastalarını ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerine veya diğer sağlık kuruluşlarına sevk edebilmektedir. Bireyler bu hizmetler için hiçbir ücret ödememektedir¹⁶². Fakat eğer hasta kendi kararıyla, pratisyen hekim sevk etmeden ikinci ve üçüncü basamak sağlık servislerine direkt olarak başvurursa bu durumda tüm tedavi ve ilaç masraflarını kendisi ödemektedir. İkinci basamak sağlık kuruluşları genel hastaneler ile polikliniklerden oluşmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları ise daha uzmanlaşmış tıp hizmeti veren eğitim araştırma hastaneleri ile özel dal ve ihtisas merkezlerini ifade etmektedir¹⁶³.

NHS’de sağlık hizmetleri topluma ücretsiz olarak sunulmaktadır. Fakat az da olsa bazı sağlık hizmeti ve tıbbi uygulamaların maliyetleri karşılanmamakta ve bu hizmetler için cepten ödemeler veya özel sağlık sigortası söz konusu olmaktadır. Hastaların cepten ödeme yapmak zorunda kaldığı veya özel sağlık sigortası yaptırmaması gerektiği bazı istisnai durumlar ve sağlık hizmetleri şunlardır¹⁶⁴:

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sevk zincirine uymadan, yani pratisyen hekimin sevki olmaksızın ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere başvurulması,

¹⁶¹ LEWITT, WALL and APPLEBY, **a.g.e.**, s:279

¹⁶² Sean BOYLE, “United Kingdom (England): Health System Review” **Health Systems in Transition**, 2011, Vol:13, No:1, 2011, p.23

¹⁶³ Şebnem KARAÜÇAK, “Avrupa Topluluğunda Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik”, **İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları**, (1990), s.179

¹⁶⁴ DAĞ, **a.g.t.**, s.139

- Yatarak tedavilerde talep edilen kapsamlı ve özel otelcilik hizmetleri,
- Hamileler, 1 yaşını doldurmamış bebeği olan hasta anneler ile 18 yaşını doldurmamış hastalar dışında, belirli bir tutarı aşan ağız ve diş sağlığı hizmeti masrafları,
- Reçeteli ilaçlarda kanunen belirlenen oranı aşan masraflar,
- Hastanede yatarak tedavi gören emeklilerin 8 haftayı aşan yatış süreleri için oluşan yatarak tedavi harcamaları,
- Gözlük, işitme cihazı, ortez, protez gibi sağlığa yardımcı malzemelerin maliyetlerinin bir kısmı.

7.3.2. Özel Sağlık Sigortaları

NHS ile tüm nüfusa sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması ve sağlık harcamalarının büyük oranda genel bütçeden finanse edilmesi sağlık sisteminin finansmanında bazı mali güçlüklerle karşılaşılmasına sebep olmuştur. 1979’da göreve gelen Margaret Thatcher hükümeti, sağlık alanında özelleştirme politikalarını başlatmış ve bu doğrultuda özel sağlık sigortası şirketleri ve özel hizmet sunucuları yaygınlaştırılmıştır. Böylece, özel sigorta ve sağlık kuruluşları teşvik edilerek özel sektörün sistemdeki rolü ve etkinliğini arttırmak amaçlanmıştır¹⁶⁵. Fakat tüm bu neoliberal eğilimli özelleştirme politikalarına rağmen, İngiltere’de mevcut durumda özel sağlık sigortalarının rolü son derece kısıtlı ve geri planda kalmış durumdadır. Sağlık sisteminin finansmanında kamusal kaynaklar ağır basmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %80’i devlet tarafından vergilerle karşılanırken, harcamaların sadece %3’ü özel sağlık sigortalarıyla finanse edilmektedir¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Brian ABEL-SMITH, “Assessing the Experience of Health Financing in the United Kingdom”, David W. DUNLOP and Jo M. MARTINS (Ed.), **An International Assessment of Health Care Financing: Lessons For Developing Countries** içinde (149-162), Washington D.C.; The World Bank, 1995, s. 159

¹⁶⁶ OECD/European Union, **Health At A Glance: Europe 2018: State of Health In the EU Cycle**, s.143

NHS'nin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, geniş kapsamlı teminat yapısı ve herkesi kapsamaması gibi sebeplerle İngiltere'de özel sağlık sigortası yaptırma oranları oldukça düşük durumdadır. Bununla birlikte, özel sağlık sigortası yaptıran kişiler NHS kapsamının dışına çıkarılmamakta, bu kişilerin NHS'de sigortalı statüsünde hak sahipliği devam etmektedir¹⁶⁷. Özel sağlık sigortaları bireysel veya grup sigortası şeklinde yapılabilmektedir. Fakat bireysel sigortalarda prim tutarları, grup sigortalarına göre daha yüksek olabilmektedir. İşverenler talep etmeleri durumunda işçiler için özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir¹⁶⁸.

Özel sağlık sigortası teminatları; standart, kapsamlı ve bütçeye uygun teminat paketleri olmak üzere üç grupta sınıflandırılmıştır. Kapsamlı poliçeler; diş ve göz tedavileri, analık hali hizmetleri, psikiyatrik tedaviler, gözlük teminatı ve özel ambulans servisi gibi teminatları içeren ve nispeten yüksek fiyatlı olan paketlerdir. Standart poliçeler, kapsamlı poliçelere kıyasla daha ucuz fakat teminat limitleri daha kısıtlı olan poliçelerdir. Bütçeye uygun poliçelerde ise çoğunlukla yatarak tedavi teminatları sunulmakta ve teminat limitleri kısıtlı olmaktadır¹⁶⁹.

7.3.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları

İngiltere sağlık sisteminde tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası terimleri kullanılmamaktadır. Özel sağlık sigortaları sisteme tamamlayıcı nitelikte uygulanmaktadır. Mevcut durumda tüm sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin finansmanı devlet tarafından yürütülmekle birlikte, yaklaşık 13 milyon kişinin tamamlayıcı sağlık sigortası bulunmaktadır¹⁷⁰. Tamamlayıcı hizmetler içeren poliçelerde destekleyici teminat unsurları belirleyici olmaktadır. Poliçeler genellikle yıllık olarak yenilenmektedir. Sigortalılar, arzu ettikleri zaman sigorta şirketini ve teminat kapsamını değiştirebilmektedir. Prim tutarları, sigortalının yaşı, sağlık

¹⁶⁷ Birkan TAPAN, “Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliği”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008), s.30

¹⁶⁸ SARGUTAN, a.g.e., s.545

¹⁶⁹ Thomas FOUBISTER ve Diğerleri, **Private Medical Insurance in the United Kingdom**, Copenhagen: World Health Organization, 2006, s.24-25

¹⁷⁰ Özlem DİNÇKÖKLÜ ÇAKIR, “Türkiye ve Avrupa Birliğinde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi” (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016), s.52-53

öyküsü ve mevcut sağlık riskleri başta olmak üzere çeşitli faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Sigorta şirketlerinin sigorta başvurusunu kabul etme zorunluluğu bulunmamaktadır. Özel sağlık sigortası şirketleri, sağlık hizmet sunucularına geri ödemeleri hekim ücreti ve kurum ücreti olmak üzere iki şekilde yapmaktadır. Hastaneye ait servislerin kullanımı ve tüm teşhis, tedavi ve tetkik işlemlerinin masrafları kurum ücreti kapsamında değerlendirilmekte iken, hekimlerin sunduğu hizmetlerin ve gösterdiği performansın bedelleri hekim ücreti olarak nitelendirilmektedir. Genellikle yaşı ilerlemiş, yüksek riskli ve sağlık harcamaları fazla olan kişilerin bireysel sigorta yaptırmaları sebebiyle, bireysel sigorta poliçeleri İngiltere özel sağlık sigortası pazarının sadece %20'sini teşkil etmektedir¹⁷¹.

9. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti; bireylerin ve toplumların sağlık statülerini korumak, kaza veya hastalık riskleri gerçekleştiğinde gerekli tedavi faaliyetlerini uygulamak, tüm tıbbi tedavi yöntemleri uygulandığı halde tam olarak iyileşemeyen kişilerin başkalarına muhtaç ve bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun tüm fertleri için genel sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan planlı ve sistematik faaliyetler bütünüdür¹⁷². Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin uygulanmasında öncelikli amaç kişileri sağlık risklerinden korumak, yani hastalık veya diğer sağlık sorunlarının gerçekleşmesini önlemektir¹⁷³. Fakat tüm tıbbi tedbirler alınmasına rağmen hastalık ya da kaza riskleri gerçekleşirse, kişileri eski sağlığına kavuşturmak amacıyla tedavi edici hizmetler uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bir diğer amaç ise tedavi sürecinin sonunda bireylerin topluma ve iş hayatına tekrar geri dönebilmelerini kolaylaştırmak amacıyla, bedensel ve ruhsal beceri ve kabiliyetlerini arttıracak rehabilitasyon hizmetlerini temin etmektir¹⁷⁴.

¹⁷¹ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası: Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye İçin Öneriler Raporu**, s.9-11

¹⁷² Antonella La ROCCA and Thomas HOHOLM, "Coordination Between Primary and Secondary Care: The Role of Electronic Messages and Economic Incentives", **BMC Health Services Research**, Vol.17, No.149, (2017), s.2-3

¹⁷³ Zafer ÖZTEK, "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı.1, (2001), s.295.

¹⁷⁴ Nusret H. FİŞEK, **Halk Sağlığına Giriş**, 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi – Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Yayını, 1983, s.4-5

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü bazı karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Öncelikle, sağlık hizmeti gıda veya barınma gibi zorunlu bir ihtiyaçtır. Bu sebeple bireylerin sağlık hizmeti talepleri, sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesiyle artış göstermemektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine olan talep süreklilik arz etmemektedir. Bu talep önceden belirlenemediğinden dolayı belirsizlik oluşmaktadır¹⁷⁵. Bir diğer önemli özellik ise talebin hasta tarafından değil de bu alanda uzman kişiler tarafından belirlenmesidir. Çünkü hastalar genellikle talep ettikleri hizmet hakkında yeterli bilgi ve eğitime sahip değildir¹⁷⁶. Bunlara ek olarak, sağlık hizmetleri ertelenmesi veya ikame edilmesi söz konusu olmayan hizmetlerdir¹⁷⁷.

Sağlık hizmetleri kendi içinde koruyucu, tedavi edici ve rahabilite edici hizmetler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır¹⁷⁸.

9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çeşitli sağlık sorunlarının gerçekleşmesini önlemek ve ileride meydana gelebilecek hastalıkların erken teşhisini yapmak amacıyla uygulanan tıbbi hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tamamına yönelik sunulmakta ve hastalık olasılıklarını azaltmaktadır¹⁷⁹. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve çevreye yönelik hizmetler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişiye yönelik hizmetler; aile planlaması, sağlık eğitimi, doğru beslenme, erken teşhis, bağışıklama, gibi hizmetlerdir¹⁸⁰. Hava ve gürültü kirliliği ile mücadele, atık ve su kontrolü, kemirgen

¹⁷⁵Paul K. J. HAN ve Diğerleri, “Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy” **Medical Decision Making**, Vol.31, No.6, (November 2011), s.830-831

¹⁷⁶ Mehmet TOKAT, **Sağlık Ekonomisi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994, s.3-4

¹⁷⁷ Erdal SARGUTAN, **Türk Sigorta Sektörünün Yapısı**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1993, s.16

¹⁷⁸OECD, European Union and World Health Organization, A System of Health Accounts, 2017, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270985-8-en.pdf?expires=1623315865&id=id&accname=guest&checksum=448D9FF58D3F685A272597FF7E2AC225>, (06/02/2020), s.74-75

¹⁷⁹ Kenan BULUTOĞLU, **Kamu Ekonomisine Giriş**, 1. Baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2003, s.274

¹⁸⁰ Australian Government Department of Health and Ageing, **Preventive Health Care In Australia: The Shape of the Elephant, Reliance on Evidence and Comparisons to U.S. Medicare**, Canberra: Commonwealth of Australia, 2006, s.8-11

ve başıboş hayvanların ıslahı ve endüstriyel hijyen faaliyetleri ise çevreye yönelik hizmetler arasındadır¹⁸¹.

9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık riski meydana geldikten sonra hastanın iyileştirilmesi ve tekrar eski sağlığına dönmesi amacıyla yapılan; teşhis, tetkik, hekim muayenesi, ameliyet, hastanede yatış gibi süreçleri içeren tıbbi hizmetlerdir¹⁸². Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır¹⁸³.

9.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, genel olarak hastaların ilk müracaat ettiği ve hekim ya da yetkili sağlık personelleri tarafından ilk müdahale, muayene ve tedavinin yapıldığı sağlık servisleridir. Bu hizmetler genelde yataksız tesislerde, hastanın evinde, işyerinde veya başka bir ortamda yapılabilmektedir¹⁸⁴. Birinci basamak kuruluşlarda hem koruyucu hem de tedavi edici tıbbi hizmetler birlikte verilebilmektedir. Bu kuruluşlar ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinin gereksiz ve aşırı kullanımını azaltan bir filtre fonksiyonu görmektedir. Böylece, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına olan yığılmalar ve kaynak israfı önlenmektedir. Aile hekimlikleri ve toplum sağlığı merkezleri başlıca birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır¹⁸⁵.

9.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaların yatarak tedavi gördüğü devlet hastanesi ya da özel hastane ve poliklinik gibi yataklı sağlık tesisleridir. Birinci basamak sağlık servislerinde hekimler gerekli görmesi durumunda hastaları ikinci basamak hastanelere yönlendirebilmektedir. Türkiye gibi zorunlu sevk zincirinin uygulanmadığı ülkelerde

¹⁸¹ Sait BODUR, **Aile Sağlığı**, 1. Baskı, Ankara: Aile Araştırmaları Kurumu, 1991, s.7

¹⁸² Müjdat ŞAKAR, “Sosyal Güvenlik Reformu Hemen Yapılmalıdır”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Yıl.1, Sayı.3, (Ocak – Mart 1999), s.18

¹⁸³ Ministry of Health and Social Welfare Republic of Liberia, Essential Package of Health Services, 2011, <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19420en/s19420en.pdf>, (06/02/2020), s.7

¹⁸⁴ OECD, European Union and World Health Organization, **a.g.e.**, s.123

¹⁸⁵ Tavbiy Tunga TÜZER ve Süleyman GÖRPELİOĞLU, **Aile Hekimliği**, Ankara: Yeni Türkiye Stratejik Araştırma Merkezi, 2001, s.846

ise hastalar randevu alarak doğrudan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına müracaat edebilmektedir¹⁸⁶.

9.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi edici kuruluşlar, ileri tıp teknolojisi uygulayan ve büyük ölçüde uzmanlaşmış tedavi hizmetleri sunan, son derece gelişmiş sağlık kuruluşlarıdır. Bunlar özel dal hastaneleri ve ihtisas tıp merkezleri olarak da adlandırılmaktadır. Bu hastaneler genellikle belirli bir tıp branşında uzmanlaşmış tıp hizmetleri vermektedir¹⁸⁷.

9.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; almış olduğu koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen çalışma gücünü yitirmiş veya eski sağlık statüsüne kavuşamamış kişilerin, başkalarına muhtaç ve bağımlı kalmadan yaşamaya devam edebilmelerini sağlamak amacıyla sunulan tıbbi ve sosyal hizmetleri içermektedir. Bu hizmetlerin amacı, bireyin bedensel ve ruhsal olarak eski gücüne kavuşmasını sağlayarak yeniden topluma kazandırmaktır. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi ve mesleki rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon, bireyin fiziksel sakatlığının mümkün olduğunca iyileştirilmesi için yapılan hizmetlerdir. Mesleki rehabilitasyon ise, meydana gelen fiziksel ve ruhsal özür sebebiyle artık eski işini yapamayacak durumda olanlara mevcut durumuna uygun iş bulma ve bu işe alışma süreçlerini içermektedir¹⁸⁸.

¹⁸⁶ Nurdan KURAL ve Zeynep POLAT, **Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım**, 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1998, s.105

¹⁸⁷Anand ZACHARIAH, “Tertiary Health Care Within A Universal System: Some Reflections”, **Economic and Political Weekly**, Vol.47, No.12, (March 2012), s.39-40

¹⁸⁸Christoph GUTENBRUNNER ve Diğerleri, “Rehabilitation Services: Provision and Payment”, **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, Vol.96, No.2, (February 2017), s.35

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

1. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığına Genel Bakış

TÜİK verilerine göre 2020 yılında 83.614.362 nüfusa sahip¹⁸⁹ olan Türkiye, Asya ve Avrupa kıtaları üzerinde bulunan ve farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki 81 ilden oluşan bir ülkedir. Türkiye’nin demografik yapısı incelendiğinde en dikkat çeken özelliği, genç ve dinamik bir nüfusa sahip olmasıdır¹⁹⁰. Türkiye’de 2019 yılında toplam 201,031 milyar Liralık sağlık harcaması yapılmıştır. Bu harcamaların gayri safi yurtiçi hasılaya oranı % 4,7 olmuştur. Aynı yıl içinde toplam doğurganlık hızı 1,99 iken kaba doğum hızı binde 15,3 olarak gerçekleşmiştir¹⁹¹.

Türkiye’de sağlık sigortacılığı sistemi, sosyal sağlık sigortası modeline dayanan Genel Sağlık Sigortası’yla gerçekleştirilmektedir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş, 1 Ocak 2012’den itibaren de tüm nüfus için zorunlu hale getirilmiştir¹⁹². Yaşı, gelir düzeyi, sosyal statüsü ve etnik kökeni gibi unsurlar dikkate alınmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer almak tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunludur. Ayrıca sigortalılık statüsü süreklilik arz etmektedir, yani sigortalının hayatı boyunca devam etmektedir¹⁹³. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası reformunun en göze çarpan özelliği, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansman sisteminin birbirinden ayrılmış olmasıdır¹⁹⁴.

¹⁸⁹ TÜİK, Nüfus İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>, (06.04.2021)

¹⁹⁰ Rifat ATUN ve Diğerleri, “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”, **The Lancet**, Vol.382, (July 2013), s.66-67

¹⁹¹TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>, (01.06.2021)

¹⁹² YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, s.147

¹⁹³ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi No.79, 2013, s.1

¹⁹⁴ Faruk ATAAY, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.41, Sayı.3, (Eylül 2008), s.169

Genel Sağlık Sigortasının finansmanı sosyal sağlık sigortası prensibi gereği, ağırlıklı olarak işçi ve işverenlerin ödemiş olduğu primlerle sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) gelir toplama, fonlama ve sağlık hizmeti satın alma fonksiyonlarını gerçekleştirerek GSS'nin finansmanını yönetmekte ve yürütmektedir¹⁹⁵. Devlet katkısı ve genel bütçeden tahsis edilen açık finansmanını da içeren Hazineden yapılan ödemeler (vergiler), özel sağlık sigortası primleri, katkı payı ve ilave ücret gibi cepten ödemeler Genel Sağlık Sigortasının finansman kaynaklarıdır¹⁹⁶. GSS kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumu ise birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu ve özel sağlık hizmet sunucusu kurum ve kuruluşlar tarafından temin edilmektedir¹⁹⁷.

2. 2006 Tarihli Sosyal Güvenlik Reformları

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 16 Mayıs 2006 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş ve 20 Mayıs 2006'da Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un hukuki varlıkları sona erdilirak Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir¹⁹⁸.

31 Mayıs 2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu TBMM'de kabul edilmiştir. Kanunun 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girmesi planlanmaktaydı. Fakat dönemin cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer ve Ana Muhalefet Partisi Cumhuriyet Halk Partisi (CHP) yasanın bazı maddelerinin iptal edilmesi ve bazı maddelerinin de yürürlüğünün durdurulması talebiyle Anayasa Mahkemesine dava açmıştır. Dava sonucunda Anayasa Mahkemesi söz konusu kanunun bazı maddelerinin iptaline ve bazı maddelerinin de

¹⁹⁵ Yılmaz TOPÇUK, "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.14, Sayı.74, (Temmuz-Ağustos 2011), s.29

¹⁹⁶ Mehmet ATASEVER, **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014, ss.42-43

¹⁹⁷ Seher Nur SÜLKÜ, **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011, s.15-16

¹⁹⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, s.XIV

yürürlüklerinin durdurulmasına karar vermiştir¹⁹⁹. 5510 sayılı Kanun, yeniden düzenlenmiş haliyle 17 Nisan 2008’de Mecliste kabul edilmiştir. Kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren GSS tüm nüfus için yasal olarak zorunlu hale gelmiştir²⁰⁰. 5502 ve 5510 sayılı Kanunların yürürlüğe girmesiyle Sosyal Güvenlik Kurumu ve Genel Sağlık Sigortası sistemleri hayata geçirilmiş ve böylece Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli yasal bileşenleri gerçekleştirilmiştir.

3. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal Güvenlik Kurumu 2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’yla kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nün varlığı hukuken sona erdirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir²⁰¹. Böylece sosyal güvenlik sisteminde merkezileştirme politikaları doğrultusunda ‘Sağlık sisteminde tek taban tek çatı’ hedefi gerçekleştirilmiştir²⁰².

Kurumun temel amacı; sigortacılık prensiplerine dayalı, kolay ulaşılabilir, hakkaniyete uygun, etkin, finansal ve aktüeryal bakımdan sürdürülebilir ve yüksek standartlarda sosyal güvenlik hizmetleri sunmak ve organize etmektir²⁰³. Kurum; adalet, insan odaklılık, şeffaflık, kaliteli hizmet, güvenilirlik, verimlilik, sürekli gelişim ve çözüm odaklılık prensipleri çerçevesinde faaliyet yürütmektedir²⁰⁴

4. Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 8 temel bileşeninden birisi ve en önemlisi olan Genel Sağlık Sigortası sistemi, 2006 tarihli ve 5510 sayılı Kanunla 1 Ekim 2008’de yürürlüğe girmiştir. Kanunda belirtilen tanımıyla Genel Sağlık

¹⁹⁹Ali Nazım SÖZER, “5510 Sayılı Yasaya İlişkin Değişiklik Tasarısında Genel Sağlık Sigortası: İlgili Anayasa Mahkemesi Kararı Işığında Bir Değerlendirme”, **İşveren Dergisi**, Cilt.46, Sayı.7, (Nisan 2008), s.27

²⁰⁰ YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, s.149

²⁰¹ SÜLKÜ, **a.g.e.**, s.20

²⁰² AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2012, s.69

²⁰³ Sosyal Güvenlik Kurumu, **2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu**, 2017, <http://www.sgk.gov.tr/2016FaaliyetRaporu.pdf>, (06/12/2019), s.2

²⁰⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, s.XII

Sigortası; bireylerin ekonomik statüsü veya sigorta kapsamında olmak isteyip istemediklerine bakılmaksızın, meydana gelebilecek sağlık risklerine karşı tüm nüfusa erişimi kolay, yüksek kaliteli ve finansal açıdan sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmayı amaçlayan bir sağlık sigortası mekanizmasıdır. Bu doğrultuda GSS; koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri çerçevesinde kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını sağlamak, sağlık risklerinin gerçekleşmesi durumundaysa sigortalının eski sağlığına kavuşabilmesi için ihtiyaç duyacağı tanı, tetkik, tedavi, ilaç ve diğer tüm tıbbi hizmetlerin finansmanını gerçekleştirmek amacıyla uygulamaya konmuştur²⁰⁵.

Genel Sağlık Sigortasıyla tüm nüfus kapsam altına alınmıştır. Bu sebeple katılım zorunluluk esasına dayanmaktadır. Sigortalılık, bireylerin tercihi veya isteğine bağlı değildir. Her Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı otomatik ve mecburi olarak GSS kapsamında sigortalı statüsünde yer almaktadır. Böylece toplumun her kesimine eşit ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi sunulmaktadır. Ayrıca vatandaşların Genel Sağlık Sigortalılığı sürekli ve kişi başka bir ülkeye kalıcı olarak yerleşene veya vefat edene kadar devam etmektedir²⁰⁶. Bununla birlikte, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu yakını statüsündeki (18 yaşını doldurmamış veya lise ve dengi okulda okuyan 20 yaşını doldurmamış veya yükseköğretimde okuyan 25 yaşını doldurmamış) çocukları ile çalışmayan ev hanımı eşi de GSS kapsamında, prim ödeme zorunluluğu olmadan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir²⁰⁷.

Vatandaşın prim toplama esasına dayalı bir sosyal sigorta sistemi²⁰⁸ olan Genel Sağlık Sigortasının en önemli özelliklerinden biri, sağlık sisteminin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmış olmasıdır²⁰⁹. Uygulanmakta olan mevcut sistemde SGK'nın sahibi olduğu ve işlettiği sağlık hizmet sunucusu bulunmamaktadır²¹⁰. Sağlık hizmetlerinin sunumu birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanmaktadır. Finansman

²⁰⁵ 5510 sayılı Kanun, Madde 3

²⁰⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, s.1

²⁰⁷ 5510 sayılı Kanun, Madde 60

²⁰⁸ İlhan SERİN, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, 1. Baskı, İstanbul: Kazancı Kitabevi, 2004, s.31

²⁰⁹ Hatice EROL ve Abdullah ÖZDEMİR, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, (Ocak 2014), s.13

²¹⁰ TOPCUK, “Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi”, s.33

işlevlerini ise SGK yürütmektedir. Sigortalılara sunulan sağlık hizmetleri SGK tarafından satın alınmak suretiyle finanse edilmektedir. Primler sigortalının gelir durumuna göre alınmaktadır. Fakat sigortalı, sağlık hizmetlerinden ihtiyacı doğrultusunda ve talep ettiği şekilde yararlanabilmektedir. Yani sigortalı ödeme gücüne göre prim ödemekte fakat ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmeti almaktadır. Dolayısıyla sigortalının ödemiş olduğu prim tutarı ile almış olduğu sağlık hizmetinin niteliği ve maliyeti arasında doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır²¹¹.

5510 sayılı Yasanın hükümleri çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası tüm vatandaşların temel ve zaruri sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, oldukça geniş bir tıbbi teminat kapsamına sahiptir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan ayakta ve yatarak tedaviler, hekim muayeneleri, hekim tarafından reçetelendirilen ilaçlar, acil sağlık ve ambulans servisleri, tüp bebek tedavisi, hamilelik kontrolü, evde bakım hizmetleri GSS'nin teminat kapsamında sunulan hizmetlerin başlıcalarıdır. Bu harcamalar tamamen sigorta kapsamında karşılanmaktadır. Özel sağlık hizmet sunucularında SGK'nın karşılamadığı veya ödeme limitlerini aşan bedeller için fark ücretleri söz konusudur²¹². Ayrıca, sağlık hizmet sunucularına olan gereksiz talebi ve aşırı yoğunluğu filtrelemek amacıyla ayakta tedavilerdeki hekim muayeneleriyle ortez ve protez gibi sağlığa yardımcı tıbbi araç ve malzemeler için katkı payı ödemesi uygulanmaktadır. Katkı payı ödemeleri, provizyon esnasında değil, reçetelendirilmiş ilaçların maliyetine ek olarak eczanelerde tahsil edilmektedir²¹³.

4.1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı ve Amaçları

Genel Sağlık Sigortası sisteminin en dikkat çeken özelliklerinden biri, kapsam altına aldığı toplum kesimlerinin büyük oranda genişletilmiş olmasıdır. Bu sistemle sağlık güvencesinden mahrum ve sigorta kapsamının dışında vatandaş kalmamasına çalışılmıştır²¹⁴. Genel Sağlık Sigortası'ndan toplumun tüm bireyleri

²¹¹ SÜLKÜ, a.g.e., s.29

²¹² Resul KURT, **5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapan 5754 Sayılı Kanun (Karşılaştırmalı ve Açıklamalı)**, 1. Baskı, İstanbul: İSMMMO, 2008, s.144

²¹³ 5510 sayılı Kanun, Madde 63

²¹⁴ Ali PEKTEN, "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler", **Sayıştay Dergisi**, Sayı.61, (2006), s.120

faaydalanmaktadır. Bu sebeple hizmet sunumu ve finansmanda eşitlik ilkesi ön plandadır. Bu doğrultuda GSS'nin temel amacı; sosyal güvenlik sistemlerindeki farklı uygulama ve muamelelere son vererek toplumun tüm kesimleri için hakkaniyete uygun, kalitesi yüksek, kolay erişilebilir, kaynakların etkin kullanıldığı ve mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık sistemi tesis etmektir²¹⁵.

Genel Sağlık Sigortası'nın başlıca amaçları aşağıdaki şekilde özetlenebilmektedir²¹⁶:

- Tüm vatandaşları sağlık sigortası kapsamına alması,
- Sağlık sigortasının vatandaşlarının tercihine veya isteğine bırakılmayarak herkes için zorunlu olması,
- Eşit, hakkaniyetli, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunulması,
- Sigortalıların belirli oranlarda prim ödemelerinin zorunlu olması,
- Basamaklar arası sevk sisteminin kurulması ve uygulanması,
- Vatandaşlardan ödedikleri prime ek olarak katkı payı ve ilave ücret alınması.

Genel Sağlık Sigortası'nın temel işlevleri ise şu şekilde özetlenebilir²¹⁷:

- Sigortalılara sunulan sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenlemek ve SGK aracılığıyla bu hizmetlerin finansmanını sağlamak,
- Toplumun ve bireylerin sağlıklı kalmalarını ve sağlık risklerinin geręekleşmesi durumunda gerek duyulan sağlık hizmetlerinin geręekleştirilmesini sağlamak,

²¹⁵ Aziz AKGÜL, **Genel Sağlık Sigortası**, 1. Baskı: Ankara: Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları, 2003, s.12-13

²¹⁶ Ünal ER, “Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası”, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011), s.189

²¹⁷ 5510 sayılı Kanun, Madde 63

- İş kazası, hastalık ve meslek hastalığı riskleri ile analık hallerinin meydana gelmesi halinde gerekli tıbbi hizmet ve işlemlerin uygulanmasını ve finanse edilmesini sağlamak,

- İş göremezlik durumlarının sona erdirilmesi için gereken çalışma ve faaliyetleri yürütmek.

4.2. Genel Sağlık Sigortasıyla Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Organizasyonel Yapı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere kamu-özel karışımı bir sağlık yapılanması söz konusudur. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin üretiminde rol alan çok sayıda kamusal ve özel kurum, birim ve organizasyon faaliyet göstermektedir²¹⁸. Bu süreçte politika oluşturma, idari karar alma ve sağlık hizmetlerini sunma fonksiyonlarını gerçekleştiren birçok birim yer almaktadır.

Tablo 5: Fonksiyonlarına Göre Sağlık Sektöründe Rol Alan Kurum ve Organizasyonlar

Fonksiyon	İdare
Politika Oluşturma	-TBMM -Sağlık Bakanlığı -YÖK
İdari Karar Alma	-Kamu Hastaneler Birliği (Sağlık Bakanlığı) -Halk Sağlığı Kurumu (İl Sağlık Müdürlüğü)
Kamusal Hizmet Sunucuları	-Sağlık Bakanlığı -Üniversite hastaneleri
Özel Hizmet Sunucuları	-Özel hastaneler -Vakıflara bağlı hastaneler -Kendi muayenehanesini işleten pratisyen ve uzman doktorlar -Tanı, laboratuvar, görüntüleme ve tedavi merkezleri -Azımlık hastaneleri

Kaynak: SÖZER, 2014, s.112

TBMM, sağlık sektöründe politika oluşturma ve karar verme fonksiyonlarını gerçekleştiren yetkili yasama organıdır. Bu bağlamda ulusal çapta sağlık hizmetlerine ilişkin kanuni düzenlemeleri gerçekleştirmektedir. TBMM ile

²¹⁸ Hasan Hüseyin YILDIRIM, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, 1. Baskı, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2013, s.25

birlikte Sağlık Bakanlığı, YÖK ve bazı yargı kurumları da politika belirlemede rol oynamaktadır²¹⁹. Sağlık Bakanlığı, çok sayıdaki sağlık kurum ve kuruluşuyla sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıklı rol oynayan birimdir. Kamusal nitelikli birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı ile ücretsiz aile hekimliği uygulaması ve koruyucu sağlık servislerinin sunumu Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır. İl sağlık müdürlükleri, bulundukları şehirlerde temel sağlık görev ve politikalarını tatbik etmekle sorumludur. Belediyeler ağırlıklı olarak halk sağlığı hizmetlerini yerine getirmektedir²²⁰.

Özel sağlık hizmet sunucuları çeşitli özel nitelikli poliklinik, hastane, muayenehane, klinik, sağlık merkezi, laboratuvar, tanı ve görüntüleme merkezleri ve eczane gibi kurum ve birimlerde hizmet sunmaktadır. Üniversite hastaneleri teorik olarak sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmakla birlikte, uygulamada aynı zamanda birinci ve ikinci basamak sağlık servisleri de gerçekleştirmektedir. Vakıflara bağlı hastaneler ile azınlık hastaneleri ve özel muayenehaneler diğer özel sağlık hizmet sunucuları arasındadır. Ayrıca Türk Silahlı Kuvvetleri personeline yönelik hizmet veren Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı çeşitli sağlık kurumları da mevcuttur²²¹.

4.3. Genel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Genel Sağlık Sigortasında sosyal sağlık sigortası sisteminin ağırlıkta olduğu karma bir finansman yapısı söz konusudur²²². Sosyal sigorta primlerinin yanı sıra vergiler, özel sağlık sigortası primleri ve cepten ödemeler birlikte ve belirli oranlarda finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu doğrultuda genel Sağlık Sigortasında 4 temel finansman sisteminin tatbik edildiği söylenebilir. Bunlar; 1) Çalışan ve işçilerin ödediği sosyal sağlık sigortası primleri, 2) kamu kaynaklarıyla

²¹⁹ Mehtap TATAR ve Diğerleri, “Turkey Health System Review”, **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Vol.13, No.6, (2011), ss.20-22

²²⁰ Hüseyin ÖZBAY ve Diğerleri, “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, Salih MOLLAHALİLOĞLU ve Diğerleri (Ed.), **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007** içinde, (98-154) Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, ss.102-105

²²¹ TATAR ve Diğerleri, “Turkey Health System Review”, s.22-26

²²² ATASEVER, **a.g.e.**, s.43

gerçekleştirilen vergilerle finansman, 3) özel sağlık sigortacılığı ve 4) cepten ödeme yöntemleridir²²³.

4.3.1. Sosyal Sağlık Sigortası Primleri

Genel Sağlık Sigortası, finansmanı primlendirmeye dayalı bir sosyal sigorta sistemidir. Çalışan ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılarak alınan primler, sistemin başlıca finansman kaynağını teşkil etmektedir²²⁴. Kanun gereği, sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması için sigortalılar prim ödemek, SGK ise bu primleri toplamak ve fonlamakla yükümlüdür²²⁵. 5510 sayılı Kanunun dördüncü maddesinde belirtilen zorunlu sigortalı statüsündeki çalışanlar için prim oranları; prime esas kazanç üzerinden işçi hissesi % 5, işveren hissesi % 7,5 olmak üzere toplam % 12,5'tir. İsteğe bağlı çalışanlar ise kazançlarının % 12'si oranında prim ödemekle mükelleftir²²⁶. Sigortalıların GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için son 1 yıl içerisinde toplam en az 30 gün prim ödemiş olması gerekmektedir²²⁷.

4.3.2. Vergiler

Genel Sağlık Sigortasının finansmanında primler dışında devlet bütçesinden ve Hazine'den kaynak aktarımı yapılmak suretiyle vergiler de rol oynamaktadır. GSS kapsamında sigortalılara sunulan önleyici sağlık hizmetleri ile aile hekimliği uygulamasının masrafları genel devlet bütçesinden karşılanmaktadır²²⁸. Ayrıca, herhangi bir işte çalışmayan ve sosyal güvenlik kapsamında bulunmayan, ikamet ettiği konuttaki hane halkı içinde kişi başı aylık geliri asgari ücretin üçte birinden az olan kişilerin (G0 gelir grubu) GSS primleri

²²³ Mustafa IŞIK, Fikriye IŞIK, Mithat KIYAK, "Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with U.S., German, British, French and Cuban Healthcare Systems", **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, No.4, (2015), ss.512-514

²²⁴ TATAR ve Diğerleri, "Turkey Health System Review", s.54-56

²²⁵ 5510 Sayılı Kanun, Madde 79

²²⁶ 5510 Sayılı Kanun, Madde 81

²²⁷ 5510 Sayılı Kanun, Madde 67

²²⁸ Bayram ŞAHİN ve Diğerleri, "Türkiye'de Hanehalkları Tarafından Cepten yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması - Nihai Rapor", Hacettepe Üniversitesi, <http://doczz.biz.tr/doc/136433/t%C3%BCrkiye-de-hanehalklari-tarafindan-cepten-yapilan> (08/12/2019), s.43

devlet tarafından ödenmektedir²²⁹. Bunların yanında, eğitim giderleri, GSS'ye yapılan devlet katkısı, sermaye yatırımları da yine vergiler yoluyla kamu bütçesinden finanse edilmektedir²³⁰

4.3.3. Özel Sağlık Sigortası Primleri

Özel sağlık sigortası Türkiye'de ihtiyari nitelikte, yani isteğe bağlı olarak uygulanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası tüm nüfusu kapsam altına alan zorunlu bir sistem olduğundan dolayı, ikame edici özel sağlık sigortası ülkemizde uygulanmamaktadır²³¹. Ülkemizde tek başına birincil finansman mekanizması olarak kullanılmayan özel sağlık sigortaları, mevcut sağlık sisteminde Genel Sağlık Sigortasına tamamlayıcı ve destekleyici bir rol üstlenmektedir²³².

Tamamlayıcı özel sağlık sigortaları; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından teminat kapsamına alınmayan veya kapsama alınıp kısmen karşılanan ilave ücret bedellerini, çeşitli özel sağlık sigortası kuruluşlarına prim ödenmesi suretiyle karşılamaktadır. Destekleyici özel sağlık sigortası ise sigortalıların daha yüksek standartlarda ve lüks sağlık hizmeti alabilmesini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır²³³. Özel sağlık sigortacılığı Türkiye'de özellikle son 10 yılda hızlı bir büyüme ve gelişme göstermiştir. 2008'de 1.297.000 olan²³⁴ özel sağlık sigortası yaptıran kişi sayısı, 2017 yılında 4.706.317 olmuş²³⁵, 2018'de ise bu sayı 5.593.933'e²³⁶ yükselmiştir.

²²⁹ 6824 Sayılı Kanun, Kabul Tarihi: 23/02/2017, 30001 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 08/03/2017, Madde 15 ve 20

²³⁰ YILDIRIM, **a.g.e.**, s.57-58

²³¹ TATAR ve Diğerleri, "Turkey Health System Review", s.57-58

²³² ŞAHİN ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.50

²³³ Orhan TUNÇ ve Mithat KIYAK, "Türkiye ve Avrupa'da Özel Sağlık Sigortaları", **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, Issue.3, (2015), s.411

²³⁴ Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (09/12/2019)

²³⁵ Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, **Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2017 - Bölüm II: Tablolar**, Ankara, 2018, <https://www.hmb.gov.tr/sigortacilik-ve-ozel-emeklilik-raporlari>, (03/01/2020)

²³⁶ Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, **Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2018 - Bölüm II: Tablolar**, Ankara, 2019, <https://www.hmb.gov.tr/sigortacilik-ve-ozel-emeklilik-raporlari> (04/01/2020)

4.3.4. Cepten Ödemeler

Türkiye’de cepten ödemeler; doğrudan ödeme, katkı payı, ilave ücret ve enformal ödemeler şeklinde yapılan, sigorta kapsamında karşılanmayan ödemeleri ifade etmektedir. Sigortalı bu ödemeleri kendi cebinden yapmakta, SGK bu harcamaları karşılamamaktadır²³⁷.

İlave ücret, özel sağlık hizmet sunucularında SGK’nın belirlediği üst limiti aşan ve karşılanmayan ödemelerdir. Sigortalı, SGK’nın karşılamadığı veya kısmen karşıladığı bu hizmet bedellerini ilave ücret olarak kendi cebinden ödemektedir²³⁸. Katkı payı uygulaması, sigortalıların sağlık hizmet sunucularına aşırı talebini azaltmak ve gereksiz kullanımı önlemek amacıyla yapılmaktadır. Sigortalılar katkı paylarını ilaç alımı esnasında ödemektedir²³⁹. Ayrıca reçetelendirilmeden doğrudan eczaneden alınan ilaçlar için yapılan ödemeler ile hekim ve sağlık personelinin etkilemek amacıyla yapılan ayni ve nakdi nitelikli ödemeler de diğer cepten ödeme türleridir.

5. 5510 Sayılı Kanun Çerçevesinde GSS’ye İlişkin Başlıca Hüküm ve Esaslar

5.1 GSS Kapsamında Sigortalı Sayılanlar

Genel Sağlık Sigortasının en önemli özelliklerinden biri, kapsadığı nüfus kitlesinin büyük oranda genişletilmesi ve kapsam dışında vatandaş bırakılmamasını amaçlamış olmasıdır. Böylece eski Yeşil Kart uygulaması kapsamındaki ödeme gücü olmayan vatandaşları da sağlık sigortası güvencesine almak hedeflenmiştir²⁴⁰. GSS kapsamında sigortalı sayılanlar 5510 sayılı Kanunun 60. Maddesinde belirtilmiştir. Buna göre, Türkiye’de ikamet etmek koşuluyla, Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan başlıca kişi ve meslek grupları şu şekilde sıralanabilir²⁴¹:

²³⁷ YILDIRIM, **a.g.e.**, s.57

²³⁸ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²³⁹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 3

²⁴⁰ PEKTEN, **a.g.m.**, s.120

²⁴¹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 60

- 5510 sayılı Kanunun dördüncü maddesinin birinci fıkrasında tanımlanan zorunlu sigortalı statüsündeki kişiler,

- İsteğe bağlı sigortalılar,

- Hane halkı içindeki aylık kişi başı kazancı asgari ücretin üçte birinden az olan ve primleri devlet tarafından ödenenler (Yeşil Kart sahipleri),

- Sosyal güvenlik kapsamında olmayıp hane halkı içindeki kişi başı aylık kazancı asgari ücretin üçte birinden fazla olan ve sadece GSS primi ödeyenler,

- Vatansız ve sığınmacılar,

- 65 yaşını doldurmuş kimsesiz, güçsüz ve muhtaç durumdaki kişiler,

- İstiklal madalyası verilmiş şeref aylığı alan vatandaşlar,

- Vatani hizmet tertibi aylığı alanlar,

- Harp malüllüğü aylığı alanlar

- İşsizlik ödeneği alanlar

Ayrıca, ebeveynlerinin sigortalılık durumlarına bakılmaksızın, 18 yaşını doldurmamış tüm çocuklar ile 20 yaş altı lise ve dengi okul öğrencileri ve 25 yaş altı yükseköğrenim gören öğrenciler de GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

5.2. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılmayanlar

Genel Sağlık Sigortası kapsamında olmayan başlıca kişi ve meslek grupları aşağıdaki şekilde sıralanabilir²⁴².

- Türkiye’de ikamet etmeyenler,

- Askerlik hizmetini yapan er ve erbaşlar,

²⁴² Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, s.12-13

- Hükümlü ve tutuklular,
- 1 yıldan daha kısa bir süre kalmak üzere Türkiye'ye gelen yabancılar,
- Milletvekilleri,
- Kendi ülkelerinin sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olan yabancılar,
- Anayasa Mahkemesi üyeleri.

5.3. GSS'den Yararlanma Şartları ve Prim Oranları

Kanun gereği, sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması için sigortalılar prim ödemek, SGK ise bu primleri toplamak ve fonlamakla yükümlüdür²⁴³. 5510 sayılı Kanunun dördüncü maddesinde belirtilen zorunlu sigortalı statüsündeki çalışanlar için prim oranları; prime esas kazanç üzerinden işçi hissesi %5, işveren hissesi %7,5 olmak üzere toplam %12,5'tir. İsteğe bağlı çalışanlar ise kazançlarının % 12'si oranında prim ödemekle mükeleffir. Ayrıca, İş-Kur kursiyerleri %12,5, işsizlik ödeneği alanlar %12 oranında GSS primi ödemektedir²⁴⁴. Sigortalıların GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için son 1 yıl içerisinde toplam en az 30 gün prim ödemiş olması gerekmektedir²⁴⁵.

5.4. GSS Kapsamında Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri

GSS kapsamında SGK tarafından finansmanı sağlanan başlıca sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi sıralanabilir²⁴⁶.

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Ayakta ve yatarak tedavilerde teşhis, hekim muayenesi, her türlü tıbbi bakım ve müdahale, rehabilitasyon hizmetleri, hasta takibi, kök hücre ve organ nakli dahil hekim tarafından gerekli görülen tüm sağlık hizmetleri,

²⁴³ 5510 Sayılı Kanun, Madde 79

²⁴⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 81

²⁴⁵ 5510 Sayılı Kanun, Madde 67

²⁴⁶ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

- Analık hali sebebiyle hekim tarafından gerek duyulan tüm tıbbi işlem ve hizmetler ile tüp bebek tedavileri,

- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,

- Acil servis hizmetleri,

- Trafik kazalarına ilişkin sağlık hizmetleri.

5.5. GSS Kapsamında Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri

5510 sayılı Kanunda SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri şu şekilde belirtilmiştir²⁴⁷:

- Sigortalıların vücut bütünlüğü, beden ve ruh sağlığı için doğrudan tehdit oluşturan hastalık ve sağlık risklerine yönelik yapılan hizmetler haricindeki, her türlü estetik amaçlı tedaviler ile estetik amaçlı ortodontik diş sağlığı hizmetleri,

- Sağlık Bakanlığı tarafından tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,

- Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmasına izin ve ruhsat verilmeyen sağlık faaliyetleri,

Ayrıca SGK ile sözleşmesi bulunmayan sağlık kurum ve kuruluşlarından alınan sağlık hizmetleri de GSS kapsamında finanse edilmemektedir²⁴⁸.

5.6. Katılım Payı Uygulaması

Yasa gereği sigortalıların ve hak sahibi yakınlarının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için katılım payı ücreti ödemeleri gerekmektedir. Katılım payı uygulaması, sağlık hizmet sunucularına aşırı talebi azaltmak ve gereksiz kullanımın ve yoğunluğun önüne geçmek amacıyla yapılmaktadır. Sigortalılar katılım paylarını eczanelerde ilaç alımı esnasında ödemektedir²⁴⁹.

²⁴⁷ 5510 Sayılı Kanun, Madde 64

²⁴⁸ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²⁴⁹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 3

Katılım payı uygulanan sağlık hizmetleri şunlardır²⁵⁰:

- Ayakta tedavilerde hekim ve diş hekimi muayeneleri,
- Ayakta tedavilerde hekim tarafından yazılan reçeteli ilaçlar,
- Ortez, protez ve diğer sağlığa yardımcı tıbbi araç ve malzemeler,
- Tüp bebek tedavileri

5.7. İlave Ücret

İlave ücret, SGK ile sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucularında SGK tarafından karşılanmayan hizmet bedelleridir. Sigortalılar, SGK'nın kısmen veya tamamen karşılamadığı miktarını ilave ücret olarak kendi cebinden ödemektedir. İlave ücret uygulaması özel hastaneler, vakıf üniversitesi hastaneleri ve özel tıp ve ihtisas merkezlerinde geçerli olmaktadır. İlave ücretin Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmiş bir tavan oranı bulunmakta ve özel sağlık hizmet sunucuları sigortalıdan bu tavan oranının üzerinde bir ücret talep edememektedir²⁵¹.

6. Özel Sağlık Sigortası: Tanım ve Kavram

Devletlerin sunduğu sosyal sağlık sigortalarının finansmanı ister primlerle ister vergilerle sağlansın, hiçbir sağlık finansman sistemi sağlık harcamalarının tamamını karşılayamamaktadır²⁵². Kamunun karşılamadığı, kısmen karşıladığı, teminat kapsamına almadığı ya da cepten ödeme talep ettiği sağlık hizmeti ve işlemlerinin sigorta mekanizması çerçevesinde finanse edilmesi için özel sağlık sigortalarına başvurulmaktadır²⁵³. Özel sağlık sigortası; hastalık veya kaza risklerinin meydana gelmesi sonucu, bireylerin eski sağlıklarına kavuşmak amacıyla yararlandıkları sağlık hizmetlerinin masraflarını poliçede kararlaştırılan belirli limitler doğrultusunda, genel veya özel şartlar çerçevesinde karşılayan bir özel

²⁵⁰ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

²⁵¹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²⁵² THOMSON, FOUBISTER and MOSSIALOS, **a.g.e.**, s.23-24

²⁵³ Francesca COLOMBO and Nicole TAPAY, "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", OECD Health Working Papers, 2004, Vol.6, <https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>, (28/07/2020), s.7

sigorta türüdür²⁵⁴. Bireylerin sigortalanabilmesi için herhangi bir sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olup olmadıkları dikkate alınmamaktadır. Katılım (bazı ülkelerde istisnaları olmakla birlikte) isteğe bağlıdır²⁵⁵. Öncesinde prim ödemek koşuluyla, sigortalıların sağlık hizmet sunucularından almış olduğu ve poliçede belirtilen teşhis, tetkik, muayene, ayakta veya yatarak tedavi ve ilaç gibi sağlık hizmetlerinin bedelleri kısmen veya tamamen özel sağlık sigortası şirketi tarafından karşılanmaktadır²⁵⁶.

Özel sağlık sigortaları hemen hemen tüm ülkelerde uygulanmakla birlikte, çoğunlukla mevcut kamu sağlık sigortasının eksik veya yetersiz kaldığı alanlarda tamamlayıcı rolde tatbik edilmektedir. Kişiler daha lüks ve konforlu sağlık hizmeti almak ve talep ettikleri sağlık hizmetlerinin teminat kapsamını genişletmek gibi amaçlarla özel sağlık sigortalarını tercih etmektedir²⁵⁷. Özellikle kişi başı gelirin yüksek olduğu, güçlü ekonomisi olan gelişmiş ülkelerde yaygın olarak uygulanan bir finansman yöntemidir²⁵⁸. Gelişmekte olan ülkelerde özel sağlık sigortalarına olan talep her geçen gün artış göstermektedir. Bu durumun en temel sebepleri; vatandaşların kamu sağlık sigortası sisteminden memnuniyetsizlikler duyması, ülkelerdeki ekonomik büyümeler, tüketicilerin daha kaliteli ve yüksek standartlarda sağlık hizmeti arzulaması ve toplumdaki sağlık bilinci ve farkındalığının sürekli gelişmesidir²⁵⁹.

Özel sağlık sigortaları, tıbbi harcamalar ve iş göremezlik gelirleri olmak üzere başlıca iki konuda sigorta güvencesi sağlamaktadır²⁶⁰. Özel sigorta sadece hiçbir sağlık sorunu olmayan, tamamen sağlıklı kişilere pazarlanmamaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortası yapılabilmesi için sigorta yapılacak kişilerin tamamen sağlıklı olması beklenmemektedir. Bireyler, yüksek tedavi maliyetleri

²⁵⁴ OECD, OECD Health Statistics 2019: Definitions, Sources and Methods – Private Health Insurance, 2019, <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>, (20/07/2020), s.1

²⁵⁵ Yusuf ÇELİK, **Sağlık Ekonomisi**, Ankara: Siyasal Yayın Dağıtım, 2016, s.182

²⁵⁶ Emine ORHANER, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı.1, (2006), s.9

²⁵⁷ Gary CLAXTON, “How Private Insurance Works: A Primer”, 2002, Georgetown University, Institution for Health Care research and Policy, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/how-private-insurance-works-a-primer-report.pdf>, (22/07/2020), s.1-2

²⁵⁸ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, s.103

²⁵⁹ Denis DRECHSLER and Johannes P. JÜTTING, “Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries?” **Policy Insights**, No.11, (August 2005), s.4

²⁶⁰ A. İlhan ORAL, **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2002, s.21

getirmeyeceği öngörülen kabul edilebilir nitelikli hastalık veya sağlık riskleriyle de sigortalanamaktadır. Sigorta sözleşmesinin yapıldığı esnada bireylerin mevcut hastalık veya şikayetlerini sigorta şirketlerine beyan etmesi gerekmektedir. Sigorta şirketleri riski yüksek olan veya ileride risk getirebileceği öngörülen bazı hastalıklar için ek prim uygulayabilmekte veya yüksek prim tutarı talep edebilmektedir²⁶¹.

Teoride özel sağlık sigortalarının en önemli avantajı; gelir düzeyi nispeten daha yüksek olan kesimin özel sağlık sigortalarını seçmesiyle, kısıtlı olan kamu kaynaklarının özel sigorta yaptırmaya maddi gücü yeterli olmayan, düşük gelirli gruplar için harcanmasına olanak sağlamasıdır²⁶². Ayrıca özel sağlık sigortaları; sağlık yatırımları için ek kaynaklar oluşturmakta, esneklik ve kar güdüsüyle sağlık hizmetlerinde yeniliği, rekabeti ve verimliliği desteklemekte, kamu sektöründe reformları hızlandırmakta ve tüketicilerin farklı ihtiyaç ve taleplerine yönelik tercih şansını arttırmaktadır²⁶³.

Özel sağlık sigortalarının temel özellikleri şu şekilde özetlenebilmektedir²⁶⁴:

- Bazı istisnai durumlar ve ülkeler dışında, gönüllülük esasına dayanmaktadır, yani katılımı herkes için isteğe bağlıdır,
- Riskler, faydalar ve teminat kapsamı karşılıklı olarak sözleşmede belirlenir ve tanımlanır,
- Öncelikli amaç kar etmektir, bu sebeple hizmet kalitesi genellikle yüksektir,
- Özel hukukta düzenlenmiştir ve özel menfaatleri gözetir,
- Herkesi kapsamaz, sadece prim ödeyebilecek durumda olanlara hizmet sunar,

²⁶¹ Haşim EKENER, **Sigortacılıkta Tıp**, İstanbul: Beta Basım Yayın, 1995, s.5

²⁶² DOMAPIELLE, **a.g.m.**, s.80-81

²⁶³ Ali Nahit BABAOĞLU, **Sağlık Sigortaları ve Sağlık Sigortacılığı**, İstanbul: Kaynak Yayınları, 1993, s.2

²⁶⁴ Neelam SEKHRI and William D. SAVEDOFF, "Private Health Insurance: Implications for Developing Countries", **Policy and Practice**, Vol.83, No.2, (February 2005), s.128-129; ORHANER, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.176

- Ödenen prim tutarlarıyla sigortalının almış olduğu sağlık hizmetinin maliyeti ve kalitesi arasında doğrudan ilişki vardır,

- Nesiller arası dayanışma unsuru söz konusu değildir,

- Rekabet, fonlama ve tercihlilik ilkeleri geçerlidir,

- Finansman kaynağı sigortalıların ödediği primlerdir. Sigorta şirketleri, yüksek riskli kişileri sigortalamaktan kaçınır veya bu kişilerden daha yüksek prim talep eder,

- Aynı anda birden fazla sigorta şirketine sigorta yaptırılabilir.

7. Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı

Özel sağlık sigortalarının öncelikli amacı, kamu sağlık sigortalarına ilave veya alternatif sağlık sigortası hizmeti sunmak ve bu doğrultuda kar elde etmektir. Bu amaçla sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek sağlık riskleri teminat altına alınmaktadır. Sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden önce gerçekleşmiş sağlık riskleri veya hastalıkları teminat kapsamına dahil edilmemektedir²⁶⁵. Sağlık sigortasının temel prensibi, bireylerin poliçe imzalanmadan önceki sağlık statüsüne kavuşmasını sağlamak amacıyla güvence sunmaktır. Bu sebeple, özel sağlık sigortası hiçbir şekilde haksız ve sebepsiz zenginleşme amacı taşımamaktadır²⁶⁶.

Özel sağlık sigortaları, ilgili mevzuatta belirlenen yasal hükümlere aykırı olmamak kaydıyla belirli bir süre geçerli olacak şekilde düzenlenmektedir. Sigorta süresi tarafların karşılıklı olarak anlaşmasıyla belirlenmektedir. Dünya genelinde farklı uygulamaları olmakla birlikte, bu süre genellikle 1 yıldır. Sözleşmede aksine bir hüküm yoksa sigorta süresi öğlen 12’de başlar ve bir yıl sonra yine öğlen 12’de sona erer. Teminatlar poliçe şartlarına da bağlı olarak, sadece yurt içindeki değil yurt dışındaki sağlık hizmetlerini de kapsayabilmektedir. Bununla birlikte, özel sağlık sigortalarındaki teminatlar da bazı muafiyetler ve kapsam dışı haller içermektedir.

²⁶⁵Thomas FOUBISTER ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.2

²⁶⁶ Nazan AVŞAR, “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi”, (**Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010), s.53

Dolayısıyla özel sağlık sigortaları kapsamında sunulan güvenceler ve teminat limitleri sınırsız değildir²⁶⁷.

Özel sağlık sigortaları bireysel ya da grup poliçesi olarak satın alınabileceği gibi işçileri adına işverenler tarafından da satın alınabilmektedir. Teminat kapsamı ve sigortalılık koşullarına ilişkin tüm hususlar, sigorta şirketi ve sigorta ettiren (ya da sigortalı) arasında karşılıklı mutabakat yoluyla belirlenmekte ve kararlaştırılmaktadır²⁶⁸. Prim tutarları, sigorta yaptırmak isteyen kişi veya kişilerin yaşı, cinsiyeti, mesleği, sağlık statüsü, hastalık geçmişi, kalıtsal özellikleri gibi çeşitli kriterler göz önünde bulundurularak belirlenmektedir²⁶⁹.

Özel sağlık sigortası genel olarak 18-65 yaş arasındaki kişilere bireysel sigorta veya grup poliçesi şeklinde yapılmaktadır. Uygulanan yaş sınırları sigorta şirketlerine göre değişkenlikler göstermektedir. Bazı sigorta şirketleri 18 yaşını doldurmamış çocukları ayrı bir fert olarak yetişkin kategorisinde sigortalamakta, bazılarıysa 30 yaşına kadar olan bekar kişileri aile paketine dahil ederek aile indiriminden yararlanılabilmektedir. Bazı şirketler ise 24 yaşına kadar kişileri çocuk statüsünde sigorta kapsamına alabilmektedir. Ayrıca, günümüzde pek çok sigorta şirketi yeni doğan bebekleri de sigorta kapsamına almaktadır²⁷⁰.

Özel sağlık sigortalarının kapsamı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında belirtilmiştir. Buna göre; sigortalının belirlenmiş sigorta süresi içinde hastalanması veya kaza sonucu yaralanması durumunda eski sağlığına kavuşabilmesi için gerekli tedavilerin masrafları ve gündelik tazminatları, bu genel şartlar ve varsa özel şartlar çerçevesinde poliçede belirlenen meblağlara kadar karşılanmaktadır²⁷¹. Sigorta kapsamında; ayakta ve yatarak tedavilerde hekim muayenesi, teşhis, tedavi, tahlil ve ilaç hizmetlerinin masrafları karşılanmaktadır. Teminat içerikleri, genel şartlara ve ilgili yasal mevzuata aykırı olmamak koşuluyla sigorta şirketleri tarafından

²⁶⁷ KESKİN, a.g.t., s.27-28

²⁶⁸ Metin ATEŞ, **Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım, 2016, s.25

²⁶⁹ Suat UĞUR, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi” (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2004), s.12-13

²⁷⁰ Meltem BALKANLI, “Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları”, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2017), s.19-20

²⁷¹ Türkiye Sigorta Birliği, Sağlık Sigortası Genel Şartlar, <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=513>, (06/01/2020)

genişletilip daraltılabilmektedir. Teminat kapsamı, sigorta sözleşmesinde tarafların karşılıklı olarak anlaşmasıyla belirlenmektedir²⁷².

8. Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri

Birçok ÷lkede yaygın şekilde uygulanan bir finansman sistemi olan özel sağlık sigortaları literatürde çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. OECD'nin 2004 yılında yayınladığı “Sağlık Sigortası İçin Bir Sınıflandırma Önerisi” başlıklı çalışmada özel sağlık sigortaları ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı sigortalar olmak üzere 3 grup olarak sınıflandırılmıřtır²⁷³.

8.1. İkame Edici Özel Sağlık Sigortası

İkame edici özel sağlık sigortası, devletin sağlamış olduğu kamu sağlık sigortasının yerine uygulanan ve sunduğu temel teminat paketleri kapsamında sağlık risklerini teminat altına alan bir özel sağlık sigortası türüdür²⁷⁴. Dolayısıyla ikame edici sigortalar, sosyal sağlık sigortasının yerine geçmekte ve teminat paketleriyle söz konusu sağlık risklerini üstlenmektedir. Çoğunlukla kamu sağlık sigortası kapsamının dışında kalan veya kendi isteğiyle kamusal sigorta kapsamından ayrılan bireyler için uygulanmaktadır²⁷⁵.

İkame edici özel sağlık sigortaları, Almanya ve Hollanda başta olmak üzere bazı Avrupa Birliği ÷lkelerinde uygulanmaktadır. Almanya'da yıllık kazancı her sene ilgili kamu otoritesinin belirlediği tutarın (2021 yılı için yıllık 64.350 Euro) üzerinde olan kişiler, isteğe bağlı şekilde zorunlu yasal hastalık sigortası kapsamından çıkarak ikame edici sağlık sigortasını tercih edebilmektedir. Benzer şekilde Hollanda'da da gelir düzeyi yüksek vatandaşlar, doğrudan ikame edici sigorta kapsamına dahil olabilmektedir²⁷⁶. Bu sigortaların tercih edilmesinde, bireylerin gelir düzeyi ve ekonomik statü unsurları önem arz etmektedir. İkame edici sigorta yaptıran

²⁷² Ali CİVAN, *Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi*, İstanbul: Umut Matbaacılık, 2010, s.14-15

²⁷³ OECD, Proposal for A Taxonomy of Health Insurance, 2004, <https://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>, (06/01/2020), s.18

²⁷⁴ Emine ORHANER ve Nazmiye EKİNCİ, “Ankara’da Yaşayan Kişilerin Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt.6, Sayı.1, 2019, s.34

²⁷⁵ Serpil UZUN, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, (*Yüksek Lisans Tezi*, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015), s.122

²⁷⁶ Sarah THOMSON ve Elias MOSSIALOS, “Voluntary Health Insurance: In the European Union”, *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2004, s.53

kesimin, ağırlıklı olarak yüksek kazanç sahibi veya kendi işini icra eden kişilerden oluştuğu görülmektedir.

İkame edici sağlık sigortası yaptıran kişiler, kapsamından çıktıkları kamu sağlık sigortasına prim ödemekten muaf olmayı beklemektedir. Fakat, kamu sağlık sigortasında bireyin kendisiyle birlikte aile fertleri de sigorta kapsamına dahil edilirken, ikame edici sigortalarda sadece bireysel güvence sunulmaktadır²⁷⁷. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası herkesi kapsam altına alan zorunlu birincil sağlık sigortası mekanizması olduğundan dolayı, ikame edici sağlık sigortaları yasal olarak ülkemizde uygulanmamaktadır²⁷⁸.

8.2. Destekleyici Özel Sağlık Sigortası

Destekleyici özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortasının karşılamadığı ek sağlık hizmetlerini teminat kapsamına alan özel sağlık sigortası türüdür. Bu sigortalılarla tüketicinin seçme şansını arttırmak, sağlık hizmetlerine daha hızlı erişimi sağlamak ve lüks otelcilik hizmetlerinin bedellerini karşılamak amaçlanmaktadır. Genellikle, maliyeti kamunun sunduğu sağlık sigortasıyla aynı olan sağlık hizmetlerinde uygulanmaktadır. Özellikle sağlık hizmet sunucularında bekleme sürelerini kısaltması sebebiyle tercih edilmektedir. İspanya, Yunanistan ve İtalya başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde uygulanmaktadır²⁷⁹. Destekleyici sağlık sigortalarında temel amaç; sağlık ve bakım hizmetlerinde kaliteyi arttırmaktan ziyade, sigortalıların tercih imkanını genişletmek ve lüks otelcilik hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmaktır²⁸⁰.

Destekleyici sağlık sigortaları, kamu sağlık sigortalarının sunduğu sağlık hizmetlerinin kapasitesi ve özelliklerine göre bir ek seçenek olarak uygulanmaktadır. Kamu sigortalarının teminat kapsamında olmayan alternatif ve tamamlayıcı tıp

²⁷⁷ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası: Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesine Türkiye İçin Öneriler Raporu**, s.1-3

²⁷⁸ Mümine Nurdan DOĞUKAN, Özel Sağlık Sigortası, 2014, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_MNurdan-Dogukan.pdf, (06/01/2020), s.4

²⁷⁹ Francesco PAOLUCCI ve Diğerleri, “Supplementary Health Insurance As a Tool for Risk-Selection in Mandatory Basic Health Insurance Markets”, **Health Economics, Policy and Law**, Vol.2, No.1, (2007), s.173-174

²⁸⁰ THOMSON ve MOSSIALOS, **a.g.m.**, s.53

uygulamaları, rehabilitasyon hizmetleri, ağız ve diş sağlığı tedavileri, ameliyat ve bekleme sıralarında öne geçme gibi sağlık servisleri destekleyici özel sağlık sigortası kapsamında karşılanabilmektedir. Ayrıca kamu sağlık sigortasının hiç karşılamadığı veya kısmen karşıladığı sağlık hizmetlerinde, isteğe bağlı hekim seçimi, öğretim üyesi hekim ücret farkının ödenmesi, yatarak tedavilerde özel oda ve göz teminatları hizmetleri de yine destekleyici sağlık sigortalarıyla teminat altına alınabilmektedir²⁸¹. Bireyler; özellikle acil tıbbi müdahale gerektirmeyen estetik amaçlı hizmetler, cilt ve saç bakımı, konforlu otelcilik servisleri ve diş tedavileri için teminat sunan ve seçim yapma şansını arttıran destekleyici sağlık sigortalarına yönelmektedir²⁸².

8.3. Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası; kamu sağlık sigortası tarafından teminat kapsamına alınmayan veya teminat kapsamına alındığı halde ek ücret ödenmesini gerektiren sağlık hizmetlerinin giderlerini belirli şartlar ve limitler çerçevesinde karşılayan bir özel sağlık sigortası türüdür²⁸³. Diğer bir deyişle, kamu sağlık sigortasının kısmen veya tamamen karşılamadığı sağlık hizmetlerinde kişinin ödemesi gereken ilave ücret tutarları tamamlayıcı sigortalar aracılığıyla finanse edilmektedir²⁸⁴.

Dünya genelinde kamusal sağlık sigortası sistemlerinin hemen hemen hiçbirisi, bireylerin sağlık risklerinin ve sağlık harcamalarının tamamını karşılama iddiası ve amacı taşımamaktadır. Sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanmayan tutarlarının finansmanı için genellikle iki yöntem söz konusu olmaktadır. Bunlardan birincisi bu harcamaların cepten ödenerek karşılanması, diğeri ise yine risk paylaşımı yapılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir²⁸⁵. Yatarak ve

²⁸¹ Mustafa Erkut ÖNDER, Ersan ERSOY ve Korhan KARACAOĞLU, “Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, **Uluslararası İş, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi**, Yıl.1, Sayı.1, (Ocak 2016), s.27

²⁸² Ferhat SAYIM, “Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler”, **Akademik Ar-Ge Dergisi – Sosyal Bilimler**, Sayı.15, (2015), s.85

²⁸³ Nuray ERKEK ve Fatih ERKEK, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı.79, (Haziran 2012), s.35

²⁸⁴ Tarkan DİZDAR, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, 2014, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_TDizdar.pdf, (06.01.2020)

²⁸⁵ Murat ÖZBOLAT, **Temel Sigortacılık**, 6. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2014, s.47

ayakta tedavilerde kamunun karşılamadığı fark ücretleri ve ek ödemeler tamamlayıcı sigorta kapsamında karşılanmaktadır. Bu doğrultuda özel sağlık sigortası şirketleri kendilerine fatura edilen bu meblağları, poliçede belirtilen teminat kapsamı ve limitler çerçevesinde, sigortalıları adına sağlık hizmet sunucularına tahsil etmektedir²⁸⁶. Bazı özel sağlık sigortası şirketleri, teminat kapsamını sadece yatarak tedavilerle sınırlandırmaktadır. Teminat altına alınan ayakta tedavilerde ise; hekim muayenesi, ilaç, tetkik, teşhis, diş tedavisi, alternatif tıp ve anne sağlığı hizmetlerinin maliyetlerinin önemli bir bölümü karşılanmaktadır. Geri ödeme sistemleri, ülkelere ve sigorta şirketlerinin faaliyet prensiplerine göre değişiklikler göstermektedir²⁸⁷.

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının sağlık sisteminde oluşturduğu en önemli etki, sağlık hizmetlerine erişilebilirliği arttırması ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin kullanımının ve hizmet sunucularına müracaatların artmasıdır. Konuyla ilgili yapılan birçok deneysel araştırma ve çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığı tespit edilmiştir. Bu sebeple bazı ülkelerde hükümetler, bu sigortaları kısıtlayıcı düzenlemeler uygulamaktadır²⁸⁸.

Tamamlayıcı sağlık sigortaları ABD, Hollanda ve Almanya başta olmak üzere, dünya genelinde birçok ülkede yaygın olarak uygulanmaktadır. Avrupa'nın birçok ülkesinde özel sağlık sigortaları ağırlıklı olarak tamamlayıcı sağlık sigortası şeklinde tatbik edilmekte ve kamu sağlık sigortasının karşılamadığı sağlık hizmetlerinin giderlerini teminat altına almaktadır²⁸⁹. Türkiye'de ise tamamlayıcı sağlık sigortalarına dair ilk yasal düzenleme SGK'nın 28 Haziran 2012'de yayınladığı 2012/25 sayılı genelgedir. Bu düzenleme ile özel sağlık hizmet sunucularında SGK'nın ödediği meblağın üzerinde kalan ek maliyetlerin tamamlayıcı sigorta kapsamında finanse edilebilmesi mümkün hale gelmiştir. Böylece SGK'nın ödeme limitinin üstünde kalan bedeller, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sigortalı adına anlaşmalı sağlık hizmet sunucularına

²⁸⁶ ÇELİK, a.g.e., s.178

²⁸⁷ THOMSON ve MOSSIALOS, a.g.m., s.66

²⁸⁸ Eiji TAJIKA and Jun KIKUCHI, "The Roles of Public and Private Insurance for the Health Care Reform of Japan, **Policy Research Institute Public Policy Review**, Vol.8, No.2, (July 2012), s.129

²⁸⁹ John LISTER, **Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz?**, İstanbul: İnsev Yayınları, 2008, s.113

ödenmektedir. Bu şekilde tamamlayıcı sigorta sahipleri, bu bedeller için provizyon esnasında cepten ödeme yapmak zorunda kalmamaktadır²⁹⁰.

9. Özel Sağlık Sigortalarında Poliçe Türleri

Özel sağlık sigortası poliçeleri, teminat içeriği ve kapsamı değişiklikler göstermekle birlikte, genel olarak bireysel poliçeler ve grup poliçeleri olmak üzere iki şekilde düzenlenmektedir²⁹¹.

9.1. Bireysel (Ferdî) Özel Sağlık Sigortası

Bireysel özel sağlık sigortası, kendi primini kendisi ödeyen kişilere yönelik bireysel olarak düzenlenen sigortadır. Sigorta şirketinin sunmuş olduğu teminatlar, sadece tek bir sigortalının sağlık risklerini kapsamaktadır²⁹². Bununla birlikte, bireysel poliçeler sigortalının eşi veya 18 yaşını doldurmamış çocuklarını da kapsayacak şekilde aile sigortası olarak da düzenlenebilmektedir. Bu poliçelerde sigortalı, eşi ve çocuklarıyla birlikte tek bir sözleşme altında sigortalanmaktadır. Bazı sigorta şirketleri 24 yaşına kadar bekar çocukları aile poliçesine dahil edebilmektedir. Poliçede sigorta ettirenin kendisi fert, eşi ve çocukları ise bağımlı olarak nitelendirilmektedir²⁹³. Bireysel sağlık sigortası poliçeleri teminat yapılarına göre; geniş kapsamlı, standart, bütçeye uygun, üst yaş grubu ve uluslararası poliçeler olmak üzere 5 gruba ayrılmaktadır²⁹⁴:

Geniş kapsamlı poliçeler: Geniş kapsamlı poliçeler, hemen hemen tüm özel sağlık sigortası portföylerinde bulunan ve tam teminat sunan poliçelerdir. Diğer poliçelere göre daha kapsamlı teminat ve hizmet içeriği sunduğundan dolayı, bu poliçeler sektördeki en pahalı ürünleri oluşturmaktadır.

²⁹⁰ ÖZER, a.g.t., s.63

²⁹¹ Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP). **Pazarlama ve Perakende Sağlık Sigortası**, 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigorta s%C4%B1.pdf, (07.04.2020), s.20

²⁹² Gülnur BİTİMLİ, “Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2019), s.79

²⁹³ BALKANLI, a.g.t., s.19

²⁹⁴Ufuk YILDIZ, “Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analiz İle Etkinliğinin Ölçülmesi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, 2012), s.22-23

Standart poliçeler: Geniş kapsamlı poliçelerin kapsamlarının yazılı olarak standartlaştırılmasıyla oluşturulmuş poliçelerdir. Yapısal olarak geniş kapsamlı poliçelerden herhangi bir farkları bulunmamaktadır.

Bütçeye uygun poliçeler: Sigortalılara düşük primler karşılığında çeşitli teminatların sunulduğu daha hesaplı poliçelerdir. Teminat kapsamları belirli oranlarda daraltılmıştır.

Üst yaş grubu poliçeleri: Emekli olduktan sonra kurumsal grup sağlık sigortası poliçesi kapsamından çıkan kişilere, isteğe bağlı olarak sunulan poliçelerdir. Bu poliçeler, kamu sağlık sigortasının finansman yükünü azaltmak amacıyla, daha geniş teminat limitlerine ihtiyaç duyan yaşlı kesime yönelik hazırlanmaktadır²⁹⁵ .

Uluslararası Poliçeler: Teminatları yurt dışında da geçerli olan poliçelerdir. Teminat içeriği ve kapsamı yurt içinde geçerli olan poliçelerle büyük oranda aynıdır. Bu poliçelerde de teminatlar standart, dar ve geniş kapsamlı olmak üzere üçe ayrılır²⁹⁶.

9.2. Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası

Belirli bir kurumda çalışan kişilerin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin işverenler tarafından sigortalandığı poliçelerdir. Prim ödemeleri kurum bünyesinde işveren tarafından yapılmakta veya sigortalılar arasında paylaştırılmaktadır²⁹⁷. Bu poliçelerde işveren, sigorta ettiren konumundadır. Teminat kapsamı ve içerikleri genellikle işveren tarafından talep edilmekte ve belirlenmektedir. Grup sigortalarına dahil olmak, bireysel sigortalara göre daha kolay gerçekleşmektedir. Kurumda sigortalanan kişi sayısının artması ve bu doğrultuda prim havuzunun genişlemesi, sigorta şirketleri arasında rekabeti arttıran bir unsur olarak kabul edilmektedir²⁹⁸. Prim üretimleri ve sigortalı sayısı bakımından

²⁹⁵ ALAN, a.g.t., s.35

²⁹⁶ Filiz YİĞİT, “Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007), s.26

²⁹⁷ ATEŞ, a.g.e., s.30

²⁹⁸ Catherine G. MCLAUGHLIN and Wendy K. ZELLERS, “The Shortcomings of Voluntarism in the Small Group Insurance Market”, *Health Affairs*, Vol.11, No.2, (1992), s.29-30

incelendiğinde, Türkiye’de grup sağlık sigortalarının ferdi sigortalara kıyasla daha yaygın olduğu görülmektedir.

Grup sigortaları, sadece kurumda çalışan kişileri kapsayabildiği gibi çalışanların eş ve çocukları da teminat kapsamına dahil edilebilmektedir. Çalışan sigortalılara fert, bunların eşi ve çocuklarına ise bağımlı sigortalılar adı verilmektedir. Grup poliçeleri, sigortalının yaş, meslek, sağlık statüsü gibi kriterler göz önünde bulundurularak hazırlanmakta ve poliçenin yapılabilmesi için en az 10 kişiden oluşan bir grup olması gerekmektedir. Grup sağlık poliçeleri; isteğe bağlı grup, ferdi katılımlı grup ve zorunlu grup poliçeleri olmak üzere üç farklı şekilde düzenlenebilmektedir²⁹⁹.

Kurumsal sağlık sigortaları çalışan ve işverenler açısından çeşitli avantajlar sunmaktadır. Bu sigorta sayesinde çalışanlar ferdi sigortalara göre daha düşük primler ödeyerek sağlık masraflarını güvence altına alabilmektedir³⁰⁰. Ayrıca çalışanların hizmet ettikleri kuruma bağlılıklarının artması, bireylerin çalışmak istedikleri firmayı seçerken avantaj sunması ve sağlık harcamalarına karşı kendilerini daha güvende hissetmesi gibi avantajlar kurumsal sigortalarda söz konusudur³⁰¹.

10. Özel Sağlık Sigortalarının Finansmanı ve Primlendirme

Özel sağlık sigortalarının finansmanı, sigortalıların ya da sigorta ettiren işverenlerin ödedikleri primlerle sağlanmaktadır. Sigorta şirketleri topladıkları bu primlerle sigortalıların sağlık hizmeti kullanım bedellerini sağlık hizmet sunucularına

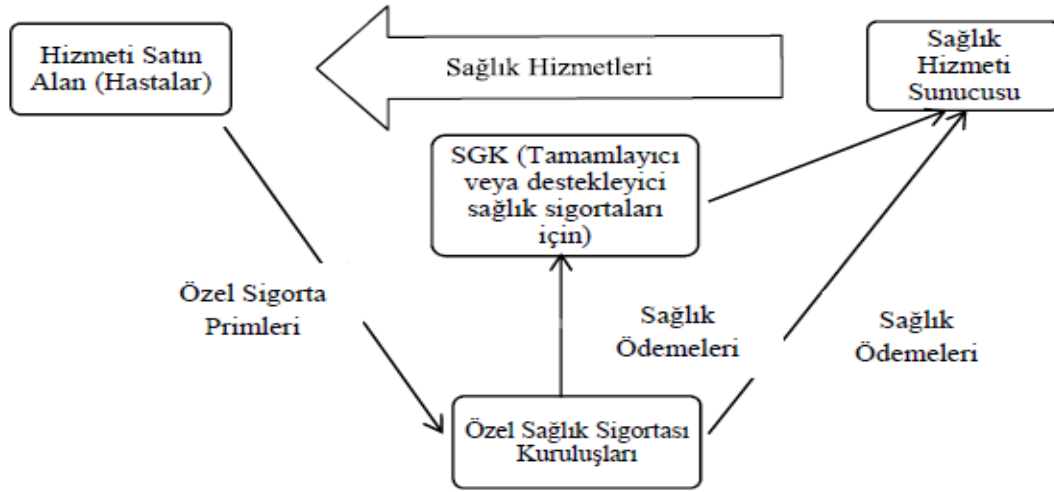
²⁹⁹ Cüneyt SÜZEL, “Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliği Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi”, **Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi**, Cilt.24, Sayı.2, (Aralık 2018), s.943-944

³⁰⁰ Carine FRANK and Aurelie PIERRE, “Compulsory Private Complementary health Insurance Offered by Employers in France: Implications and Current Debate”, **Elsevier Health Policy**, Vol.119, (2015), s.113

³⁰¹ John Aloysius COGAN, “Does Small Group Health Insurance Deliver Group Benefits? An Argument in Favor of Allowing the Small Group Market to Die”, 2018, University of Connecticut, School of Law, https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1462&context=law_papers, (06/09/2020), s.1125

tahsil etmektedir³⁰². Bu doğrultuda, özel sağlık sigortası şirketleri ‘üçüncü taraf ödeyici’ statüsünde finansmanı gerçekleştirmektedir³⁰³.

Sigortalılar ve sigorta ettiren konumundaki işverenler sigorta şirketleriyle yaptıkları poliçelerde prim tutarını belirlemektedir. Poliçelerin fiyatlandırılmasında çeşitli tarifeler uygulanmaktadır. Türkiye’de sağlık branşında mevcut durumda Serbest Tarife rejimi uygulanmaktadır. Dolayısıyla, sigorta şirketleri özel sağlık sigortalarının finansmanını sigorta primleri ve fon gelirlerinden karşılamaktadır. Teminat kapsamı ve prim tutarları ülkemizde serbest piyasa şartlarına göre belirlenmektedir³⁰⁴.



Şekil 3: Özel Sağlık Sigortalarının Finansman Şeması

Kaynak: Zengin, 2015,s.26

Şekil 3’te özel sağlık sigortalarında söz konusu olan finansman mekanizması görölmektedir. Sigortalıların ödedikleri sigorta primleri, özel sigorta şirketlerinin fonlarında biriktirilmektedir. Sigorta şirketleri bu fonlardan sigortalıların almış oldukları sağlık hizmetlerinin SGK tarafından kısmen veya tamamen karşılanmayan bedellerini sağlık hizmet sunucularına tahsil etmektedir.

³⁰² CLAXTON, a.g.e., s.4

³⁰³ Hacer ZENGİN, “Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları”, (YayımlanmamışYüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015), s.25

³⁰⁴ YİĞİT, a.g.t., s.28

Özel sağlık sigortasında finansmanın söz konusu olabilmesi için sigorta şirketleriyle sağlık hizmet sunucularının birbirleriyle anlaşmalı olarak faaliyet yürütmesi gerekmektedir. Sigorta şirketleri, sigortalıların tazminat ödemelerini doğrudan bu sağlık kuruluşlarına yapmaktadır³⁰⁵. Sigorta şirketinin anlaşmalı olmadığı bir sağlık hizmet sunucusundan sağlık hizmeti alınması durumunda ise, sigortalı gerekli belgeleri ve aldığı sağlık hizmetinin faturasını ibraz ederek sigorta şirketinden tazminat talebinde bulunabilmektedir³⁰⁶.

Özel sağlık sigortalarında belirli ve sabit bir aylık veya yıllık prim tutarı ya da oranı söz konusu değildir. Sigorta şirketleri, özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişileri sigortalamadan önce bir risk analizi yapmaktadır. Bu risk analizi neticesinde sigortalanacak kişilerden talep edilecek prim tutarı belirlenmektedir³⁰⁷. Sigortalının ödeyeceği prim tutarı ve edineceği faydalar; sigorta şirketine, sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu sağlık kuruluşlarına, sunulan teminatların kapsamına, poliçe özel ve genel şartlarına ve sigortalının özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir³⁰⁸. Özel Sağlık Sigortalarında prim tutarlarının belirlenmesinde göz önünde bulundurulmuş başlıca faktörler şu şekilde sıralanabilir³⁰⁹:

- Sigortalının daha önce geçirmiş olduğu veya varsa hala geçirmekte olduğu hastalıklar, bunların çeşidi, maliyeti ve boyutu,
- Sigortalının yaşı, cinsiyeti ve mesleği,
- Daha önce geçirmiş olduğu kazalar ve tıbbi operasyonlar,
- Aile bireylerinde ve büyüklerinde bulunan kalıtsal rahatsızlıklar.

Sigorta poliçesinin hazırlanması sürecinde sigorta yaptırmak isteyen kişi, mevcut sağlık statüsü ve gerekli kişisel bilgilerini sigorta şirketine beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta şirketi, prim tutarını belirlemek ve gerçekleştirebilecek muhtemel sağlık harcamalarını öngörebilmek adına sigortalının mevcut sağlık durumuna ilişkin

³⁰⁵ Oliver J. WOUTERS and Martin MCKEE, “Private Financing of Health Care in Times of Economic Crisis: A Review of the Evidence”, **Global Policy**, Vol.8, No.2, (March 2017), s.23-24

³⁰⁶ Özge ARIK, “Avrupa Birliği’ne Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Karşılaştırma, (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010), s.79-80

³⁰⁷The Henry J. Kaiser family Foundation, **a.g.e.**, s.6-7

³⁰⁸ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, s.104-105

³⁰⁹ Atilla OKSAY, “Avrupa Birliğinde Özel Sağlık Sigortaları”, **Birlik’ten Dergisi**, Sayı:30, (Ekim 2012), s.11-13

ayrıntılı bilgi talep edebilmektedir. Bu sebeple sigortalanacak kişinin kendisine yöneltile sorulara doğru ve eksiksiz şekilde cevap vermesi gerekmektedir. Sigortalının beyanatında kasıtlı olarak yanıltıcı veya eksik bilgi vermesi, sigorta şirketinin sözleşmeden caymasına, prim tutarını yükseltmesine veya sözleşmeyi daha ağır şartlarda yapma hakkını haiz olmasına sebebiyet verebilmektedir³¹⁰. Benzer şekilde, sigorta şirketleri sigorta sözleşmesinin tüm genel ve özel şartlarını, teminat kapsamını ve kapsam dışında olan bütün durumları sigorta ettirene bildirmek zorundadır³¹¹.

Sigorta şirketleri, sigortalının mevcut sağlık statüsü ve vermiş olduğu bilgileri göz önünde bulundurarak, söz konusu hastalık veya sağlık sorunlarına ilişkin giderleri teminat kapsamının dışında tutabileceği gibi bu giderler için yapılacak tazminat ödemelerine belirli bir limit koyabilmektedir. Ayrıca sigorta şirketi, poliçenin hazırlanması sürecinde sigortalının kasıtlı olarak bildirmediği hastalıklarına ait oluşan sağlık giderlerini tamamen teminat kapsamından çıkarabilmektedir³¹².

11. Özel Sağlık Sigortalarında Teminatlar

Özel sağlık sigortası poliçeleri genel ve özel şartlardan oluşmaktadır. Genel şartlar, ilgili kamu otoritelerinin hazırladığı ve tüm sigorta şirketlerinin uymak zorunda olduğu düzenlemelerdir. Özel şartlar ise, Türk Ticaret Kanunu'na aykırı olmamak şartıyla, sigorta şirketlerinin kendi belirlemiş oldukları teminat prosedürleridir. Türk Ticaret Kanunu'nda özel sağlık sigortası teminatlarına ilişkin özetle aşağıdaki hükümler yer almaktadır³¹³: Özel sağlık sigortası teminatı kapsamında sigortacı;

- Kaza veya hastalık sonucu sigortalının eski sağlığına kavuşabilmesini sağlamak amacıyla ihtiyaç duyduğu her türlü teşhis, tedavi, tetkik, tıbbi bakım, analık hali ve ilaç hizmetlerinin giderlerini,

³¹⁰Neelam SEKHRI, William SAVEDOFF and Shivani THIRIPATHI, **Regulation Private Health Insurance to Serve the Public Interest**, Geneva: World Health Organization, 2005, s.15-16

³¹¹ 23 Ekim 2013 Tarihli 28800 Sayılı Resmi Gazete, "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği", Madde 5

³¹²Elvan ATALAY, "Hayat Sigortaları (Hayat, Ferdi Kaza, Sağlık)", 2017, İstanbul Üniversitesi, Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi,

http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/bankacilik_ve_sigortacilik_onlisans_ue/hayat_sigortolari.pdf, (13/09/2020), s.100-101

³¹³ 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Madde 1513

- Tedavinin sağlık kuruluşunda yatarak yapılması gereken durumlarda günlük hastane giderlerini,
- Hastalık hali neticesinde sigortalının içinde çalışamaması sebebiyle elde edemediği kazancını telafi etmek için kararlaştırılan günlük iş göremezlik ödeneğini,
- Sigortalının bakıma ihtiyaç duyması durumunda kararlaştırılan gündelik bakım ücretini ve diğer bakım masraflarını belirli limitlere kadar karşılamaktadır.

Özel sağlık sigortaları genellikle yatarak tedavi ve yatarak + ayakta tedavi teminatı paketleri sunmaktadır. Ayakta tedavi teminatları çoğunlukla yatarak tedavi teminatıyla birlikte satılmaktadır. Sigortalıların sadece ayakta tedavi teminatı paketi alma seçeneği bulunmamaktadır. Her sigorta şirketinin, genel şartlara aykırı olmamak kaydıyla, kendine özgü teminat planı ve özel şartları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası poliçeleri, sigorta şirketiyle anlaşmalı olan sağlık hizmet sunucularında geçerli olmaktadır. Bununla birlikte, sigortalının anlaşmasız sağlık kuruluşlarında aldığı hizmetlerin bedelleri de belirli şartlarda ve limitlerde sigorta şirketi tarafından karřılanabilmektedir³¹⁴.

Sigorta teminatları, özel sağlık sigortası poliçesinin temel unsurlarını teşkil etmektedir. Sigortalının poliçede sunulan hizmetlerden en iyi şekilde faydalanabilmesi için kendine en uygun teminat paketini seçmesi büyük önem taşımaktadır. Özel sağlık sigortasında teminatlar genel olarak yatarak tedavi teminatı, ayakta tedavi teminatı ve ilave teminatlar olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır³¹⁵:

11.1. Ayakta Tedavi Teminatları

Ayakta tedavi teminatı genellikle tek olarak satılmamakta, yatarak tedavi teminatı kapsamında hastane tedavisine ek teminat şeklinde paket olarak

³¹⁴ BAşTüRK, ÇAKMAK ve DEMİRTAş, **a.g.e.**, s.156-157

³¹⁵ Milli Eğitim Bakanlığı (MEGEP), Pazarlama ve Perakende: Sağlık Sigortası, 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf, (07/03/2020), s.5

sunulmaktadır³¹⁶. Bu teminatlar, ameliyat veya hastanede yatışlı tedavi giderleri gibi nispeten daha yüksek maliyetler yerine, reçeteli ilaç bedeli ya da doktor muayenesi gibi daha küçük boyutlu sağlık risklerini kapsam altına almaktadır³¹⁷. Ayakta tedavi teminatlarında sigortalının kullanım insiyatifinin olması, bu teminatların kullanım sıklığını arttırabilmektedir. Kullanım sıklığının artması ise kişi başı tedavi maliyetlerini yükseltmekte ve bu durumun sonucunda prim tutarının hastane tedavisi teminatına kıyasla daha yüksek olmasına yol açmaktadır³¹⁸.

Ayakta tedavi teminatı kapsamında giderleri karşılanan başlıca sağlık hizmetleri ve tıbbi uygulamalar şunlardır³¹⁹:

- Hekim muayenesi,
- İlaç giderleri
- Rutin Kontrol ve diagnostik servisler,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Tahlil ve röntgen,
- Tanı birimleri,
- MR, Sintigrafi, Tomografi
- Fizik tedavi hizmetleri ve
- Diğer teminatlar.

11.2. Yatarak Tedavi Teminatları

Sigortalının sağlığına kavuşabilmesi için tıbbi olarak belirli bir süre hastanede yatarak tedavi görmesini gerektiren tedavi hizmetlerini kapsayan teminatlardır. Yatarak tedavi teminatı ayrıca sigortalının yatması gerekmes de, hastanede gündüz yapılması gereken hizmetler ile acil hastane hizmetlerini de içermektedir³²⁰. Cerrahi bir müdahale olup olmadığına bakılmaksızın yatarak

³¹⁶ The Health Insurance Authority, Selecting A Health Insurance Plan, <https://www.hia.ie/sites/default/files/June%202017%20Selecting%20Insurance%20Plan%20Booklet.pdf>, (011/03/2020), s.4-5

³¹⁷ ÖZBOLAT, **a.g.e.**, s.45

³¹⁸ AVŞAR, **a.g.t.**, s.71

³¹⁹ Milli Eğitim Bakanlığı (MEGEP), Pazarlama ve Perakende: Sağlık Sigortası, s.7-8

³²⁰ Vural ŞENALP, “Özel Sağlık Sigortalarının Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma”, (**Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008), s.28

tedavilerde sunulan hastane yatak, yemek, asistan hekim ücreti, refakatçi, ameliyathane, anestezi, tıbbi malzeme hizmeti masrafları ve kullanılan ilaç giderleri bu teminat kapsamında poliçede belirtilen limitler ölçüsünde karşılanmaktadır³²¹.

Yatarak tedavi teminatı kapsamında giderleri karşılanan başlıca sağlık hizmetleri ve tıbbi uygulamalar şunlardır³²²:

- Ameliyat giderleri,
- İlaç giderleri,
- Oda-yemek giderleri,
- Refakatçi giderleri,
- Tanı giderleri,
- Yoğun bakım servisi giderleri,
- Hastane tedavi giderleri,
- Kara ambulansı giderleri,
- Hava ambulansı giderleri,
- Analık ve doğum giderleri,
- Küçük müdahale giderleri,
- Doktor takibi giderleri.

11.3. İlave Teminatlar

Ayakta ve yatarak tedavi kapsamında yer almayan ve genelde isteğe bağlı olarak ek prim ödenmesi karşılığında satın alınan teminatlardır. İlave teminatlar, ferdi sigortalardan ziyade daha çok kurumsal sağlık sigortası poliçelerinde yer almaktadır³²³.

İlave teminatlar kapsamında giderleri karşılanan başlıca sağlık hizmetleri ve tıbbi ekipmanlar şunlardır³²⁴:

³²¹ Gül KIRIMLI, “Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013), s.26;

³²² Milli Eğitim Bakanlığı MEGEP, Pazarlama ve Perakende: Sağlık Sigortası, s.6-7

³²³ UZUN, a.g.t., s.131

³²⁴ ATALAY, a.g.e., s.105-106

- Sağlığa yardımcı tıbbi malzemeler,
- Vücuda yardımcı suni uzuv malzemeleri,
- Ambulans hizmetleri,
- Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetleri,
- Kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz hizmetleri,
- Check-up,
- Gebelik haline yönelik hizmetler,
- Gözlük, çerçeve ve lens.

11.4. Yurt Dışı Tedavi Teminatı

Özel sağlık sigortası teminatları genel olarak yurt içinde geçerli olmaktadır. Fakat, sigortalı ve sigorta şirketinin karşılıklı olarak anlaşması durumunda, ek prim ödenmesi suretiyle teminatın kapsamı yurtdışında da geçerli olacak şekilde düzenlenebilmektedir. Sigortalı bu kapsamda sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu yurt dışındaki çeşitli sağlık kuruluşlarında tedavi olabilmektedir. Bu teminat daha çok yurt dışındaki sağlık hizmet sunucularında tedavi görme ihtiyacı ve talebi olan kişiler tarafından tercih edilmektedir³²⁵.

11.5. Teminat Kapsamı Dışında Kalan Haller

Özel sağlık sigortalarında bazı durumlar ve bu durumların sebep olacağı sağlık giderleri genel şartlar çerçevesinde teminat kapsamı dışında bırakılmaktadır. Teminat kapsamına alınmayan haller Sağlık Sigortası Genel Şartlarında belirtilmiştir. Sigorta şirketlerinin bu riskleri teminat kapsamına alması mümkün ve yasal değildir.

Sağlık Sigortası Genel Şartlarında teminat dışı bırakılan çeşitli olay ve durumlar şunlardır³²⁶:

- Savaş, savaş niteliğindeki askeri hareket, sivil ayaklanma, isyan, ihtilal ve bunların sebep olduğu her türlü iç karışıklıklar,
- Suç işlemek veya suç işlemeye teşebbüs etmek,

³²⁵ Emine ORHANER, **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, s.128-129

³²⁶ Sağlık Sigortası Genel Şartları, Teminat Dışı Kalan Haller, Madde 2, <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=513>, (08/01/2020)

- Uyuşturucu madde kullanımı,
- Nükleer rizikolar, nükleer veya kimyasal silah kullanımı ve bunun sonucunda oluşacak zararlar,
- Sigortalının bilerek kendisini tehlikeye sokması veya kendisine kasıtlı olarak zarar vermesi,
- Terör eylemleri ve bu eylemler neticesinde meydana gelen zarar ve kayıplar,
- Sigortalının intihara teşebbüs etmesi sonucu oluşabilecek yaralanma veya hastalık durumları.

12. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi

Sigorta sözleşmesi ve unsurları Türk Ticaret Kanunu'nda tanımlanmıştır. Bu Kanuna göre sigorta sözleşmesi; belirli bir prim karşılığında sigortalının değeri para ile ölçülebilen bir mal veya menfaatinin riziko meydana gelmesi sonucu oluşan zararı telafi etmek için tazminat ödemeyi veya kişilerin bedenlerinde ya da hayatlarında meydana gelen bazı olaylar sebebiyle belirli bir miktar para ödemeyi taahhüt eden bir akittir³²⁷.

Özel sağlık sigortası sözleşmesi ise, sigortalının sigorta süresi içinde hastalık veya kaza risklerine maruz kalması sonucu oluşan tedavi giderlerinin, sigorta şirketi tarafından prim karşılığında ve belirli limitler dahilinde karşılanmasını kabul ve taahhüt eden bir akittir³²⁸. Sigortacı, tarafların hak ve yükümlülüklerini gösteren sözleşmenin bir örneğini ekleriyle birlikte sigortalıya teslim etmekle yükümlüdür³²⁹. Sözleşmenin hukuki açıdan geçerlilik kazanabilmesi için tarafların sigorta şartları, teminat kapsamı, prim tutarı, sigorta konusu ve riskler konusunda karşılıklı mutabakata varması gerekmektedir³³⁰.

³²⁷ 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Madde 1401

³²⁸ OECD, OECD Health Statistics 2020: Definitions, Sources and Methods – Private Health Insurance, <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>, (15/04/2021), s.1-2

³²⁹ 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Madde 1265

³³⁰ SÜZEL, **a.g.m.**, s.934-935

Özel sağlık sigortası poliçesinde taraflara ait şu bilgilerin bulunması Kanun gereği zorunludur³³¹:

- Sigorta şirketi ve sigorta ettirenin kimlik bilgileri, ticari ünvanı ve ikamet adresi,
- Sözleşme düzenlenme tarihi,
- Sigorta bedeli,
- Prim tutarı ve ödenme zamanı,
- Sigortacının üstlendiği riskler ve bu risklerin mahiyeti,
- Sigortanın başlangıç ve bitiş zamanı.

12.1. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Tarafları

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde Sigortacı (Sigorta şirketi), sigorta ettiren, sigortalı ve lehtar olmak üzere 4 taraf yer almaktadır³³²:

12.1.1. Sigortacı

Sigortacı; prim karşılığında sağlık risklerini üstlenen ve bu risklerin meydana gelmesi sonucu teminat kapsamında tazminat ödeyen taraftır. Sözleşmede sigortacı, sigorta şirketini ifade etmektedir³³³.

12.1.2. Sigorta Ettiren

Sigortacı ile sigorta sözleşmesi imzalayarak prim ödemek suretiyle sigortalının menfaatini, sigorta şirketi bünyesinde teminat altına alan kişidir. Sigorta ettiren, sigorta sözleşmesini kendi adına da akdedebilmektedir. Sözleşmeden doğan

³³¹6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Madde 1425

³³²ÇEKER, a.g.e., s.64

³³³5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu, Madde 2 ve Madde 3

prim ödeme yükümlülüğü sigorta ettirene aittir. Sigorta ettiren tüzel veya gerçek kişi olabilmektedir³³⁴.

12.1.3. Sigortalı

Sigortalı; sigorta konusu menfaati teminat altına alınan ya da üzerinde rizikonun gerçekleşme ihtimali bulunan kişi veya kişilerdir. Sigorta ettirenle sigortalı genellikle aynı kişiler olmakla birlikte bazı durumlarda farklı kişiler de olabilmektedir. Sağlık sigortasında sigortalı, sağlık risklerine maruz kalan ve bunun sonucunda tedavi giderleri için sigorta şirketinden tazminat talebinde bulunmaya hakkı olan kişidir. Sözleşmeden doğan tüm hak ve faydalar yasal olarak sigortalıya aittir³³⁵.

12.1.4. Lehtar

Lehtar, sözleşmeye taraf olmamakla birlikte lehine sözleşme akdedilen kişiyi ifade etmektedir. Riskin gerçekleşmesi durumunda sigortacıdan tazminat isteme hakkına sahiptir. Örneğin, sigortalının vefat etmesi halinde lehtar, sigorta şirketinden tazminat talep edebilmektedir³³⁶.

12.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Özel sağlık sigortaları, yenileme garantili veya yenileme garantisiz sigortalar olarak düzenlenebilmektedir. Ömür boyu yenileme garantisiyle, sözleşmenin aynı plan doğrultusunda ömür boyu yenilenmesi taahhüt edilmektedir. Sigorta şirketinin ömür boyu yenileme garantisi sunması halinde, ilk sözleşmenin imzalandığı tarihte geçerli olan özel şartlarda ömür boyu yenileme garantisiyle ilgili bilgiler ve değerlendirme koşulları belirlenmektedir. Sigorta şirketi söz konusu bu bilgileri ve değerlendirme şartlarını sonradan sigortalının aleyhine olacak şekilde değiştirememektedir. Sigortalı ömür boyu yenileme garantisi aldıktan sonraki süreçte; sigorta şirketi meydana gelen hastalık veya sağlık sorunlarından dolayı teminat kapsamını daraltmamakta, teminat limitini düşürememekte

³³⁴Türkiye Sigorta Birliği, Hayat Sigortası Genel Şartları, Sigortalı, Sigorta Ettiren ve Lehtar, <https://www.tsb.org.tr/hayat-sigortalari-genel-sartlari.aspx?pageID=483>, (08/02/2020)

³³⁵ Ferudun KAYA ve Mehmet KAHYA, **Sigorta ve Sigortacılık**, 1. Baskı, Ankara: Beta Yayıncılık, 2017, s.57

³³⁶ 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Madde 1515

ve sigortalı katılım payını arttıramamaktadır. Ayrıca sigorta şirketinin sözleşmenin belirlenen özel şartlarında ve teknik esaslarında sigortalı aleyhine değişiklik yapması ve ortaya çıkan sağlık sorunlarından veya hastalıklardan dolayı hastalık ek primi uygulaması da mümkün değildir³³⁷.

12.3. Sözleşme İptali

Özel sağlık sigortasında sigorta ettiren veya sigortalının, sözleşmenin düzenlendiği tarihten itibaren ilk 30 gün içinde iptal talebinde bulunması durumunda, eğer bu süre içinde sigortalıya herhangi bir tazminat ödemesi yapılmamışsa, ödenen primler 5 iş günü içinde iade edilebilmektedir. 30 gün geçtikten sonra yapılan iptal talebinde de şirketin hak etmediği primler, özel şartlar da göz önünde bulundurularak, yine aynı süre içinde iade edilmektedir. Sigorta ettirenin vefat etmesi halinde yasal varislerin verdiği resmi izin belgesiyle sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilmektedir³³⁸.

13. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı

Sağlık sigortası; bireylerin hastalık veya kaza risklerine maruz kaldığında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin giderlerini belirli şartlar ve limitler kapsamında finanse eden sigorta uygulamasıdır. Özel sağlık sigortaları; vatandaşların daha kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla devletin sunduğu sağlık sigortası sistemini iyileştirici, tamamlayıcı veya destekleyici fonksiyonlarda uygulanmaktadır. Türkiye’de özel sağlık sigortalarının uygulanmasına ilişkin hüküm ve esaslar, Hazine Müsteşarlığı’nın 23 Ekim 2013 tarihinde Resmi Gazete’de yayınladığı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’nde düzenlenmiştir³³⁹.

Ülkemizde özel sağlık sigortaları ilk olarak 1980’lerden itibaren uygulanmaya başlamıştır. Sonraki süreçte ise bir dönem hayat sigortası poliçelerinde ek teminat olarak sunulmuştur. Türkiye’de özel sağlık sigortalarının ve özel sağlık

³³⁷ Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Madde 7

³³⁸ Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Madde 10

³³⁹ TUNÇ ve KIYAK, **a.g.m.**, s.410-414

sigortacılığı faaliyetlerinin mevcut durumunu analiz etmeden önce, tarihsel gelişimini incelemek faydalı olacaktır.

13.1. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Gelişimi

Türkiye’de özel sağlık sigortaları, devletin sağlamış olduğu sosyal sigorta hizmetine ek güvence oluşturmak ve sigortalıların daha kaliteli tedavi hizmetine erişebilmesini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Ülkemizde özel sağlık sigortasına benzer ilk uygulama, Anadolu Sigorta A.Ş’nin 1938 yılında gemi kurtarma çalışmaları yapan kişiler için hazırlamış olduğu ve bugünkü hastalık sigortasına benzer içeriği olan teminattır³⁴⁰.

Günümüzdeki anlamda uygulanan ilk özel sağlık sigortası poliçesi ise, Başak Sigorta tarafından 1976 yılında hazırlanan ve Ziraat Bankası’nda hesabı olan kişilerin gündelik tazminatlarını teminat altına alan bir grup sağlık sigortası ürünüdür. 1982 yılına kadar kaza sigortası kapsamında ek teminat olarak hazırlanan özel sağlık sigortaları, bu tarihten sonra hayat sigortaları kapsamında satılmıştır. 1982 yılında Şark Sigorta ilk grup sağlık sigortasını sunmuştur. Halk Sigorta, 1988 - 1989 yılları arasında ilk ferdi sağlık sigortası poliçeleri satmaya başlamıştır. Takip eden süreçte sağlık sigortalarının yoğun bir talep görmesi ve yüksek satış potansiyeli vaat etmesi sebebiyle, 1990 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla özel sağlık sigortaları hastalık sigortası adı altında ayrı bir branş olarak kurulmuştur³⁴¹.

Sonraki yıllarda ülkemizde özel sağlık sigortacılığı alanında meydana gelen başlıca önemli gelişmeler aşağıdaki gibi sıralanabilir³⁴²:

- 12 Şubat 1990 tarihinde Bakanlar Kurulu kararıyla özel sağlık sigortası, hastalık sigortası adıyla ayrı bir branş haline getirildi ve bu tarihte ilk limitli poliçeler düzenlenmeye başladı,

- 1995 yılında limitsiz özel sağlık sigortası poliçeleri satılmaya başladı,

³⁴⁰ Güçkan YAPAR ve Sibel Özge TUNCEL, **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye için Model Önerisi**, İstanbul: Milli Reasürans Türk AŞ Yayınları, 2000, s.147-148

³⁴¹ Abdullah KARACIK, “Türkiye’de Sağlık Sigortaları”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, Sayı 43, (Temmuz-Ağustos 2001) s.1489-1491

³⁴² YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, s.136-137

- 2004 yılında Hazine Müsteşarlığı bünyesinde GSS'ye paralel uygulanmak üzere Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel İhtisas Komisyonu oluşturuldu,

- 2005 yılında hastalık sigortası ismi sağlık sigortası olarak değiştirildi ve aynı yıl, içeriğinde özel sağlık sigortacılığına ilişkin düzenlemelerin yer aldığı yeni Türk Ticaret Kanunu yasa taslağı Meclise Sunuldu,

- 2006 yılında, içinde uzun süreli sağlık, seyahat sağlık ve tamamlayıcı sağlık sigortalarının da mevcut olduğu Özel Sağlık Sigortacılığı yasa taslağı hazırlandı,

- 2007'de Özel Sağlık Sigortacılığı yönetmeliğinin taslağı hazırlandı,

- 2008 yılında, 5510 sayılı Kanunun 98. Maddesinde tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin yasal hükümlere yer verildi,

- 2012 yılında SGK tarafından 2012/25 sayılı “Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları” başlıklı genelge yayınlandı ve yine bu tarihte üçlü fatura sistemi yürürlüğe koyuldu.

- Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 23 Ekim 2013'te Resmi Gazete yayınlanarak yürürlüğe girdi.

Özel sağlık sigortacılığının Türkiye'deki tarihsel gelişimi incelendiğinde bu sigortaların daha çok 1991 yılından itibaren popülerlik kazandığı görülmektedir. Özel şirketlerin çalışanlarına yaptırdığı grup sağlık sigortası poliçeleri de bu sigortaların bilinirliğini arttırmıştır. 1980 sonrası dönemde gerçekleştirilen sağlık reformu ve sağlıkta dönüşüm politikaları, özel sektörün teşvik edilmesini sağlamış ve bunun sonucunda özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması için gerekli altyapı oluşturulmuştur. Sağlıkta dönüşüm politikaları çerçevesinde artan sağlık harcamalarıyla birlikte, tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmıştır. Artan

sağlık harcamalarının karşılanabilmesi için kamu sağlık sigortasıyla birlikte özel sağlık sigortaları büyük önem kazanmıştır³⁴³.

Türkiye’de özel sigorta türü olan tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları günümüzde GSS’yi tamamlamakta ve/veya desteklemektedir. 2010’dan itibaren Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirlenen fiyatların üzerinde kalan tutarlar ve diğer ilave sağlık masrafları, tamamlayıcı veya destekleyici nitelikteki sağlık sigortası poliçeleriyle teminat altına alınmaktadır³⁴⁴.

13.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Mevcut Durumu

Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanında Bismarck Modelinin ağırlıkta olduğu ve tüm nüfusu kapsayan Genel Sağlık Sigortası uygulanmaktadır. GSS kapsamında yer almak Kanun gereği her Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı için zorunludur. Gelir sahibi her birey GSS’ye prim ödemekle yükümlüdür³⁴⁵. Özel sağlık sigortası yaptıran vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamından çıkma seçeneği veya hakkı bulunmamaktadır. Bu kişiler kamu sağlık hizmet sunucularını kullanmasalar bile Genel Sağlık Sigortası kapsamında SGK’ya prim ödemek zorundadır. Bu durum Türkiye’de özel sağlık sigortası almanın maliyetini yükseltmektedir. Ayrıca GSS kapsamından çıkmanın kanunen mümkün olmaması, özel sağlık sigortalarına katılımı azaltmaktadır³⁴⁶.

Ülkemizde özel sağlık sigortaları bir dönem kaza sigortası kapsamında satılırken 1990 yılından itibaren hastalık sigortası adıyla ayrı bir sigorta branşı yapılmıştır. Özel sağlık sigortalarında mevcut durumda serbest tarife rejimi uygulanmaktadır. Teminat kapsamı ve prim tutarları, serbest piyasa şartlarına göre sigorta şirketleri tarafından belirlenmektedir. Sağlık Sigortası Genel Şartları, özel sağlık sigortalarının hukuki çerçevesini oluşturmaktadır. Sigorta şirketleri hazırladıkları poliçelerde genel şartlara aykırı hüküm koyamamaktadır. Bununla

³⁴³ KARACIK, a.g.m., s.1490

³⁴⁴ EROL ve ÖZDEMİR, a.g.m., 13

³⁴⁵ ÖZBOLAT, a.g.e., s.72

³⁴⁶ Mustafa SU, “Özel Sağlık Sigortası Sistemine Giren Kişilerin Sayısında Önemli Düşüş Olacaktır”, **Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Dergisi**, Sayı.2, (2004), s.1

birlikte, genel şartlara aykırı olmamak kaydıyla poliçelere özel şartlar eklenebilmektedir³⁴⁷.

Özel sağlık sigortası kapsamında sigortalılara her türlü teminat verilmesi mümkündür. Fakat ülkemizde sigorta şirketleri genellikle sınırlı teminatlar içeren poliçeler sunmaktadır. Bu durumun en önemli sebebi sigorta şirketlerinin finansal derinliklerinin yeterli düzeyde olmamasıdır. Ayrıca, sigorta şirketleri poliçeleri daha cazip hale getirmek amacıyla ayakta ve yatarak tedavi teminatlarına bazı ek hizmetler dahil etmektedir³⁴⁸. Vücuda yardımcı tıbbi ekipman giderleri, diyaliz, kemoterapi, radyo terapi, ambulans hizmetleri poliçede sunulan bu ek hizmetler arasındadır. Bazı şirketler teminat olarak günlük tazminat ödemeyi tercih ederken bazıları ise yıllık limitli sigorta poliçeleri sunmaktadır. Teminatların birçoğunda bekleme süresi uygulanmaktadır. Poliçenin devam etmesi durumunda bekleme süresi şartı genellikle aranmamaktadır. Doğum teminatlarında da aynı şekilde 1 yıllık bekleme süresi geçerli olmaktadır³⁴⁹.

Özel sağlık sigortası şirketleri sağlık hizmet sunucularıyla anlaşmalar yapmakta ve sigortalıların bu anlaşmalı sağlık kuruluşlarından hizmet almasını beklemektedir. Bu durum, sigorta şirketiyle sağlık hizmet sunucularının yaptıkları anlaşmaya da bağlı olarak sigorta maliyetlerini azaltmaktadır³⁵⁰. Sigorta şirketleri, sigortalıların teminat kapsamında talep ettikleri tazminat ödemelerini doğrudan anlaşmalı sağlık kuruluşlarına yapmaktadır. Bu sebeple, provizyon esnasında sigortalı açısından ödeme hususunda bir sorun yaşanmamaktadır. Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarından hizmet alınması durumunda ise, sigortalının aldığı sağlık hizmetine ilişkin faturaları ve sigorta şirketinin talep ettiği diğer belgeleri teslim etmesi halinde sigortalı adına tazminat ödemesi genellikle yapılmaktadır³⁵¹.

Özel sağlık sigortası poliçeleri bireysel olarak ya da aile üyeleri de dahil olacak şekilde paket olarak satın alınabilmektedir. Ayrıca, işverenler isteğe bağlı

³⁴⁷ KAYA ve KAHYA, **a.g.e.**, s.28

³⁴⁸ CİVAN, **a.g.e.**, s.88

³⁴⁹ 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Madde 1513

³⁵⁰ Haluk EGELİ, **Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlülükler**, İzmir: Altın Nokta Basım Yayın, 2009, s.49

³⁵¹ Ayşegül BÖLÜKBAŞI ve Baturalp PAMUKÇU, **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, 1. Baskı, İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2008, s.34

olarak çalışanlarını ve çalışanlarının aile fertlerini sigortalatabilmektedir. Hukuken zorunlu olduğundan dolayı GSS'ye prim ödeyen özel sağlık sigortası sahipleri, söz konusu özel sağlık sigortası için de ayrıca prim ödemesi yapmaktadır. Bu sebeple özel sağlık sigortası yaptıran kişiler, kamu sağlık hizmet sunucularına hiç başvurmasa dahi hem SGK'ya hem de özel sigorta şirketine ayrı ayrı prim ödemesi yapmaktadır³⁵².

14. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığına İlişkin İstatistikler

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı özellikle 1990 yılından itibaren sürekli bir gelişme ve ilerleme göstermiştir. 2018 yılında toplam 6 milyar Lira direkt prim üretiminin gerçekleştirildiği hastalık/sağlık branşı, sigorta sektörü içinde %13,08’lik bir paya sahip olmuştur³⁵³. Aşağıdaki tablolarda Türkiye’de özel sağlık sigortalarına ilişkin çeşitli veriler sunulmuştur.

14.1 Sigortalı ve Sözleşme Sayıları

Tablo 6: 2012-2019 Yılları Özel Sağlık Sigortası Sözleşme ve Sigortalı Sayıları, Türkiye Nüfusu ve Özel Sağlık Sigortalısı Sayısının Toplam Nüfusa Oranları

YILLAR	Sözleşme Sayısı	Sigortalı Sayısı	Türkiye Nüfusu	Özel Sağlık Sigortalısı Sayısının Toplam Nüfusa Oranı (%)
2012	3.217.734	5.463.062	75.627.384	% 7,22
2013	3.349.252	3.982.146	76.667.864	% 5,19
2014	3.201.779	4.623.006	77.695.904	% 5,95
2015	3.474.700	4.032.920	78.741.053	% 5,12
2016	3.709.809	3.879.217	79.814.871	% 4,86
2017	5.008.318	4.706.047	80.810.525	% 5,82
2018	5.414.823	5.593.932	82.003.882	% 6,82
2019	6.484.224	7.212.200	83.154.997	% 8,66

Kaynak: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor, 2012-2020, Tablolar; TÜİK, Yıllara Göre Nüfus İstatistikleri 2019

Tablo 6’da 2013 ile 2019 yılları arasında özel sağlık sigortası sözleşme ve sigortalı sayıları, Türkiye nüfusu ve özel sağlık sigortası yaptıran kişilerin sayısının toplam nüfus içindeki oranları verilmiştir. Buna göre sözleşme sayısı 2014

³⁵² ÖZBOLAT, a.g.e., s.71

³⁵³ Türk sigorta Birliği, Prim Üretimleri Sıralama 2018, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (11/01/2020)

yılı haricinde 9 yıl boyunca sürekli bir artış göstermiştir. 2012’de 3.217.734 olan sözleşme sayısı 2018 yılında 5.414.823’e, 2019’da ise 6.484.224’e yükselmiştir. Sigortalı sayısında yıllar içinde bazı dalgalanmalar olmakla birlikte son 4 yılda sürekli bir artış gerçekleştiği görülmektedir. 2012 yılında 5.463.062 olan sigortalı sayısı 2013 yılına gelindiğinde 3.982.146’ya inmiştir. 2012 yılında tüm nüfusu kapsam altına alan Genel Sağlık Sigortası’nın zorunlu olarak uygulanmaya başlaması, sigortalı sayısındaki bu azalmanın en önemli sebebi olduğu tahmin edilmektedir. 2016’da 3.879.217 olan özel sağlık sigortalı sayısı bu yıldan itibaren sürekli olarak artmış ve 2018’de 5.593.932’ye, 2019’da ise 7.212.200’e yükselmiştir. Sigortalıların nüfus içindeki oranı ise 2016 yılından itibaren sürekli artış göstermiş ve 2019 yılında % 8,66 olmuştur. Bu veriler, ülkemizde özel sağlık sigortalarına olan ilgi ve talebin her geçen yıl artış gösterdiğini göz önüne sermektedir.

14.2. Prim Üretimleri ve Artış Oranları

Tablo 7: 2010-2020 Yılları Özel Sağlık Sigortası Brüt Yazılan, Net Yazılan ve Net Kazanılmış Prim Tutarları (TL) ile Artış Oranları (%)

YILLAR	Brüt Yazılan Prim	Net Yazılan Prim	Net Kazanılmış Prim	Artış (%)
2010	1.675.377.354	1.487.419.760	1.372.900.486	24,2
2011	1.962.823.660	1.788.424.308	1.680.162.906	22,4
2012	2.169.818.835	2.085.382.171	1.976.477.719	17,6
2013	2.398.077.777	2.285.974.614	2.188.823.307	10,7
2014	2.847.809.072	2.705.473.694	2.490.766.952	13,8
2015	3.321.928.306	3.166.401.520	2.975.574.466	19,5
2016	4.082.408.624	3.782.793.106	3.485.743.299	17,1
2017	4.825.757.464	4.474.232.797	4.116.690.369	18,1
2018	6.004.529.623	5.597.955.608	5.052.439.229	22,7
2019	8.059.759.301	7.531.604.990	6.599.605.644	30,6
2020	9.865.662.011	9.135.740.767	8.353.364.160	65,3

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Sağlık Analizleri 2010 – 2020, <https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler>, (19/05/2021)

Tablo 7’de 2010 ile 2020 yılları arasında hastalık/sağlık branşındaki brüt yazılan ve net yazılan prim tutarları ile net kazanılmış prim miktarları ve artış oranları gösterilmiştir. Tablodaki veriler, Türkiye’de özel sağlık sigortacılığında prim üretimlerinin her geçen yıl arttığını göz önüne sermektedir. 2010 yılında brüt yazılan

toplam prim miktarı 1,67 milyar TL iken, 2020'ye gelindiğinde bu tutar 9,86 milyar Liraya yükselmiştir. Benzer şekilde, net kazanılmış prim tutarlarının da yıllar içinde sürekli artmış olduğu görülmektedir. 2010 yılında yaklaşık 1,37 milyar TL olan net kazanılmış prim tutarı 2018 yılında 5,05 milyar Liraya çıkmış; 2020 yılında ise 8,35 milyar TL olmuştur.

Prim üretimleri, bir ülkede sigorta sektörünün gelişmişliğini ve sigortacılık faaliyetlerine olan ilgiyi gösteren önemli unsurlar olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, bir ekonomide sigorta prim üretimlerinin sürekli artış göstermesi sigortacılık faaliyetlerinin ve sigorta sektörünün gelişme ve büyüme trendi içinde olduğuna işaret etmektedir. Bu sebeple, mevcut prim üretimlerinin yıllara göre artış seyri analiz edildiğinde ülkemizde sigortacılık sektörünün gelişim içerisinde olduğu sonucuna varılabilmektedir.

14.3. Sigorta Şirketlerinin Prim Üretimleri ve Pazar Payları

Tablo 8: Sigorta Şirketlerinin 2019 ve 2020 Yılları Sağlık Branşı Prim Üretimi Tutarları (TL) ve Pazar Payları (%)

Şirket Adı		Toplam Prim Üretimi (TL)	Pazar Payı (%)	Toplam Prim Üretimi (TL)	Pazar Payı (%)
		2020		2019	
1	Allianz Sigorta	3.716.912.855	36,82	3.046.699.823	36,45
2	Bupa Acıbadem Sigorta	1.831.330.590	18,14	1.578.795.793	18,89
3	Anadolu Anonim Türk Sigorta	948.275.490	9,39	822.909.219	9,85
4	Mapfre Sigorta	749.670.952	7,43	707.782.796	8,47
5	Türkiye Sigorta	582.209.518	5,77	36.044.330	4,31
6	Axa Sigorta	531.621.084	5,27	386.168.238	4,62
7	Aksigorta Sigorta	472.033.550	4,68	390.931.857	4,68
8	Groupama Sigorta	229.467.472	2,27	203.869.222	2,44
9	Sompo Japan Sigorta	157.294.142	1,56	114.624.801	1,37
10	Eureko Sigorta	128.702.438	1,27	77.600.164	0,93
11	Demir Hayat ve Sağlık Sigorta	108.713.486	1,08	98.658.458	1,18
12	HDI Sigorta	107.253.335	1,06	109.749.489	1,31
13	Türk Nippon Sigorta	91.248.396	0,90	97.035.079	1,16
14	Doğa Sigorta	88.500.069	0,88	66.307.083	0,79
15	Ankara Anonim Türk Sigorta	67.798.883	0,67	57.023.382	0,68
16	Zurich Sigorta	59.655.677	0,59	48.021.554	0,57

17	Ray Sigorta	58.489.164	0,58	53.162.236	0,64
18	Katılım Emeklilik ve hayat	37.339.856	0,37	5.319.265	0,06
19	Unico Sigorta	29.649.443	0,29	39.087.061	0,47
20	Ethica Sigorta	28.342.546	0,28	21.469.101	0,26
21	Şeker Sigorta	19.058.503	0,19	18.423.166	0,22
22	NN Hayat ve Emeklilik	15.359.614	0,15	3.693.362	0,04
23	Gulf Sigorta	10.865.743	0,11	23.423.838	0,28
24	Bereket Sigorta	9.580.568	0,09	7.169.278	0,09
25	Magdeburger Sigorta	4.895.978	0,05	2.515.547	0,03
26	Aegeon Emeklilik ve Hayat	3.227.713	0,03	1.942.976	0,02
27	Generali Sigorta	2.133.509	0,02	5.378.632	0,06
28	Koru Sigorta	1.365.156	0,01	1.903.820	0,02
29	ChubbEuropean Group SE	1.020.355	0,01	1.435.716	0,02
30	Fiba Emeklilik ve Hayat	1.009.395	0,01	600.791	0,01
31	Neova Sigorta	946.983	0,01	924.837	0,01
32	Quick Sigorta	580.774	0,01	417.854	0,00
33	Dubai sigorta	564.966	0,01	3.594.069	0,04
34	Orient Sigorta	272.852	0,00	468.668	0,01
35	Corpus Sigorta	256.453	0,00	934.489	0,01
36	Mapfre Yaşam Sigorta	8.897	0,00	6.645	0,00
37	SS Atlas Karşılıklı Sigorta	1.771	0,00	7.747	0,00
38	BNP Paribas Cardiff Sigorta	123	0,00	123	0,00

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Prim Üretimleri Sıralama 2019-2020, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (05/04/2021)

Tablo 8’de Türkiye’de faaliyet gösteren özel sigorta şirketlerinin sağlık branşında, 2019 ve 2020 yıllarına ait prim üretimleri ve pazar payları sunulmuştur. 2020 yılında Allianz Sigorta AŞ yaklaşık 3,71 milyar Liralık toplam prim üretimi ve sektörde %36,82’lik pazar payıyla birinci sırada yer almaktadır. Buna göre Allianz Sigorta’nın Türkiye’de faaliyet gösteren en büyük özel sağlık sigortası şirketi olduğu sonucuna varmak yanlış olmayacaktır. Öyle ki, 2020 yılında toplam 9,8 milyar TL civarında sağlık sigortası brüt prim üretiminin gerçekleştirildiği Türkiye sigorta sektöründe, bu primlerin 3,71 milyarlık kısmını sadece Allianz gerçekleştirmiş ve 38 sigorta şirketinin faaliyet gösterdiği 2020 yılında % 36,82’lik bir pazar payına sahip olmuştur.

Ayrıca 2020’de 38 sigorta şirketinin yer aldığı listede ilk üç sırada yer alan üç sigorta şirketi Allianz, Bupa Acıbadem ve Anadolu Sigorta’nın sektörde

toplam %64,35’lik bir pazar payına sahip olduğu görülmektedir. Toplam 9,8 milyar TL’lik prim üretiminin yaklaşık 6,4 milyar Liralık kısmı sadece bu üç şirket tarafından gerçekleştirilmiştir. 2019 yılına ait prim üretimi ve şirket pazar payı verileri incelendiğinde 2020’den pek farklı olmadığı anlaşılmaktadır. Bu veriler ışığında Allianz, Acıbadem ve Anadolu Sigorta şirketlerinin Türkiye’de sağlık sigortası branşında en fazla prim üretimi gerçekleştiren sigorta şirketleri olduğu görülmektedir.

14.4. Gerçekleşen Hasar, Teknik Kar ve Hasar Prim Oranları

Tablo 9: 2010-2020 Yılları Özel Sağlık Sigortaları Net Kazanılmış Prim, Net Gerçekleşen Hasar ve Teknik Kar Tutarları (TL) ile Net Hasar Prim Oranları

YILLAR	Net Kazanılmış Prim	Net Gerçekleşen Hasar	Teknik Kar	Net Hasar Prim Oranı (%)
2010	1.372.900.486	1.135.095.908	-36.185.171	82,7
2011	1.680.162.906	1.344.767.848	12.532.700	80,0
2012	1.976.477.719	1.450.769.665	170.531.239	73,4
2013	2.188.823.307	1.681.530.198	88.112.130	76,8
2014	2.490.766.952	1.968.156.456	94.873.134	79,0
2015	2.975.574.466	2.324.820.498	147.560.164	78,1
2016	3.485.743.299	2.759.278.757	81.336.993	79,2
2017	4.116.690.369	3.234.350.731	355.105.916	78,6
2018	5.052.439.229	3.968.742.940	700.835.513	78,5
2019	6.599.605.644	5.101.224.319	888.645.084	77,3
2020	8.353.364.160	5.354.020.297	1.939.749.105	64,1

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Sağlık Analizleri 2010 – 2020, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>

Tablo 9’da 2010 ile 2020 yılları arasındaki net kazanılmış prim, net gerçekleşen hasar, teknik kar ve net hasar prim oranı verileri yer almaktadır. Buna göre; kazanılmış prim tutarları ile gerçekleşen hasar miktarlarının birbirlerine paralel olarak artış gösterdiği görülmektedir. Sigorta şirketleri 2010 yılı haricinde teknik olarak kar elde etmiştir. Teknik kar tutarlarının yıllar içinde bazı dalgalanmalar gösterdiği göze çarpmaktadır. 2010 yılında -36,1 milyon civarında olan sağlık sigortası teknik karı, 2017’de 355,1 milyona ulaşmış, 2020’de ise 1,93 milyar Lira civarına yükselmiştir.

14.5. Sigorta Şirketlerinin Hasar Prim Oranları

Tablo 10: Sigorta Şirketlerinin 2015-2020 Sağlık Hasar Prim Oranları (%)

	Şirket Adı	2020	2019	2018	2017	2016	2015
1	Allianz Sigorta	66,4	76,6	76,4	76,9	79,0	77,7
2	Bupa Acıbadem Sigorta	68,9	83,5	85,3	83,7	87,1	88,3
3	Anadolu Sigorta	70,7	88,4	89,3	86,3	82,1	86,8
4	Mapfre Sigorta	66,0	84,0	84,0	85,0	80,1	79,7
5	Türkiye Sigorta	39,5	-	-	-	-	-
6	Axa Sigorta	61,1	70,5	67,9	79,3	90,7	83,3
7	Groupama Sigorta	67,7	84,5	77,6	80,2	77,9	77,7
8	Eureko	77,1	91,9	91,6	70,6	66,5	72,2
9	Demir Hayat Sigorta	59,4	74,8	78,5	75,5	74,3	81,8
10	HDI Sigorta	61,9	53,5	17,3	27,3	8,6	105,5
11	Türk Nippon Sigorta	46,9	33,3	16,2	83,6	80,3	77,8
12	Doğa Sigorta	26,8	18,1	28,1	19,7	5,9	4,6
13	Ankara Sigorta	3,3	7,0	10,1	1,1	1,8	5,7
14	Sompo Japan Sigorta	40,2	27,2	20,5	18,1	23,9	23,9
15	Katılım Emeklilik ve Hayat	60,1	17,5	5,6	6,8	6,8	2,7
16	Ethica Sigorta	74,7	48,8	41,3	74,0	70,0	0,3
17	Unico Sigorta AŞ	2,6	5,9	5,6	7,2	5,9	3,9
18	Zurich Sigorta AŞ	2,3	0,8	3,5	37,0	14,3	-
19	Ray Sigorta AŞ	80,4	96,4	132,0	13,9	-	-
20	Aksigorta AŞ	7,5	10,7	6,9	57,4	46,9	33,9
21	NN Hayat ve Emeklilik	71,3	57,1	-23,7	-	-	-
22	Magdeburger Sigorta	80,9	87,9	0,0	-	-	-
23	Gulf Sigorta AŞ	-2,0	7,1	1,3	4,9	-	-
24	Aegeon Emeklilik ve Hayat	0,0	0,00	-	-	-	-
25	Generali Sigorta	27,4	18,7	5,9	-	-	-
26	Neova Sigorta	99,2	-	-	-	-	-
27	ChubbEuropean Group	-15,0	38,3	5,0	-	-	-
28	Mapfre Yaşam Sigorta	-626,7	- 181,3	-980,0	-	-	-
29	Fiba Emeklilik ve Hayat	0,0	0,0	0,0	-	-	-
30	Corpus Sigorta	0,0	0,0	85,4	2,2	1,9	0,1
31	Bereket Sigorta AŞ	-2,8	- 0,1	0,0	81,8	-	-
	Sektör Toplamı	64,1	77,3	78,6	78,6	79,2	78,1

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Sağlık Analizleri 2015-2020 Hasar Prim Oranları, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>

Tablo 10’da Sigorta şirketlerinin 2015-2020 yılları arasındaki hasar prim oranları verilmiştir. Hasar prim oranı (lossratio) gerçekleşen hasarların kazanılmış prime olan oranını ifade etmektedir³⁵⁴. En önemli performans ölçütlerinden biri olan hasar prim oranları, sigorta şirketlerinin sigortacılık faaliyetlerindeki etkinliğini göstermektedir. Sigortacılık literatüründe yüklenim riski (underwriting risk) veya kayıp oranı (lossratio) olarak da adlandırılan hasar prim oranı, net gerçekleşen hasarların net kazanılmış primlere bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Sigorta şirketleri aktüeryal süreçlerinde toplanan prim tutarlarının artmasını, tazmin edilen hasar miktarlarının azalmasını ve bu sebeple de hasar prim oranlarının düşük olmasını arzu etmektedir³⁵⁵.

Tablo 10’daki veriler incelendiğinde, 6 yıllık süreçte hasar prim oranı ortalamasının %64-79 bandında gerçekleştiği görülmektedir. Tabloda yıllar itibarıyla şirket bazında hasar prim oranlarının oransal dağılımına bakıldığında, prim üretiminde ilk 10 sırada yer alan şirketlerin hasar prim oranı en yüksek 15 şirket arasında olduğu anlaşılmaktadır. Hasar prim oranlarının yüksek olması, sigorta şirketlerinin finansal etkinliğini ve sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilediği ileri sürülmektedir.

15. Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; SGK tarafından teminat kapsamına alınmayan, kapsama alındığı halde kısmen karşılanan, sigortalı tarafından ilave ücret ödemesi yapılan, ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür. Ülkemizde ağırlıklı olarak 2000’li yılların başlarından itibaren tartışılmaya ve uygulanmaya başlamıştır. Bu sigorta türü hukuki zeminde ilk olarak 5510 sayılı Kanunun 98. Maddesinde kendine yer bulmuştur³⁵⁶.

³⁵⁴ Türkiye Sigorta Birliği, Sigorta Tanımları, Hasar Prim Oranı, <https://www.tsb.org.tr/sigorta-tanimlari.aspx?pageID=648>, (02/01/2020)

³⁵⁵ Emine Öner KAYA ve Bekir KAYA, “Türkiye’de Hayat Sigorta Şirketlerinin Finansal Performansını Belirleyen Firmaya Özgü Faktörler: Panel Veri Analizi”, **Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi**, Cilt.7, Sayı.12, (Ocak 2015), s.100

³⁵⁶ Özlem ÖZER ve Diğerleri, “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı.42, (Mart 2014), s.10-11

Tamamlayıcı sağlık sigortaları, genel sağlık sigortasının üzerindeki finansal yükü hafifletmek, harcama baskısını dengelemek ve GSS'nin uygulama esnekliğini artırmak amaçlarıyla uygulanmaktadır³⁵⁷. Bu sigortayı yaptıran bireyler, özel sağlık hizmet sunucularında SGK'nın karşılamadığı fark ücretlerini cepten ödemek zorunda kalmamaktadır. Böylece sigorta şirketleri sigortalıların üzerindeki riskleri paylaşmakta ve topladıkları sigorta primleriyle ekonomiye finansal kaynak sağlamaktadır³⁵⁸.

15.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Hukuki Dayanağı

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na yasal zeminde ilk olarak 5510 sayılı Kanunu'nun 98'inci maddesinde yer verilmiştir. İlgili maddede; tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usul ve esasların, SGK'nın da uygun görüşü alınmak suretiyle, Hazine Müsteşarlığı tarafından belirleneceğı açıklanmıştır. Ayrıca, söz konusu Kanunda genel sağlık sigortalılarının ödemekle yükümlü oldukları katılım paylarının özel sağlık sigortası şirketleri tarafından teminat ve ödeme konusu yapılamayacağı belirtilmiştir³⁵⁹.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilişkin olarak hazırlamış olduğı ilk düzenleme, 28 Haziran 2012 tarihli ve 2012/25 sayılı Genelgedir. Bu düzenlemeyle, genel sağlık sigortalısı hak sahiplerinin özel sağlık hizmet sunucularında SGK'nın karşılamış olduğı tutarın üzerinde kalan fark ücretlerini cepten ödemek yerine, tamamlayıcı sigorta yaptıran özel sigorta şirketlerine devredebilmesinin yolu açılmıştır³⁶⁰. Tamamlayıcı sağlık sigortasında, sigortalının sağlık hizmeti aldığı özel sağlık hizmet sunucusuyla ilgili sigorta şirketinin anlaşmalı olması durumunda, SGK'nın ödeme limitlerinin üzerinde kalan karşılamadığı tutarlar özel sağlık sigortası şirketi tarafından poliçede belirtilen çeşitli özel ve genel şartlar çerçevesinde ve limitler doğrultusunda sağlık hizmet

³⁵⁷Fatma Özge VAROĞLU, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye'deki Gelişim Süreci", Sosyal Güvenlik Dergisi, Sayı.3, (2013), s.27-29

³⁵⁸ ÇELİK, a.g.e., s.79

³⁵⁹ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası: Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye İçin Öneriler Raporu**, s.82

³⁶⁰ Haluk ÖZSARI ve Özden GÜDÜK, "Bazı sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirmesi", ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt.11, Sayı.3, (2020), s.528

sunucusuna tahsil edilmektedir. Böylelikle sigortalıya herhangi bir ek fatura çıkmamaktadır. Bu şekilde, aradaki ücretin genel sağlık sigortalısına yansıtılmaması amaçlanmaktadır³⁶¹.

SGK genelgesinden sonra, 23 Ekim 2013 tarihinde 28800 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin temel hüküm ve esaslar belirlenmiştir. Yönetmeliğin 18. Maddesinde tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin detaylar açıklanmıştır³⁶². Buna göre; Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanan sağlık harcamalarına ek olarak ortaya çıkan tazminat giderleri teminat kapsamına alınabilmektedir. Ayrıca sigortalının bakıma muhtaç durumda olması halinde yurtdışı tedavi giderleri, refakatçi ve tercüman giderleri de ek teminat kapsamında karşılanabilmektedir³⁶³.

15.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Kapsamı ve İşlevleri

Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında aşağıda belirtilen ödemeler sigorta poliçesine konu edilebilmektedir³⁶⁴.

- SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedeller,
- İlave (fark) ücret tutarları,
- Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, Sağlık Uygulama Tebliği fiyatları üzerinde kalan tutarlar.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası tamamen özel sigorta şirketleri tarafından sunulmakta olan bir özel sağlık sigortası türüdür. Dolayısıyla tamamen isteğe bağlı olarak yaptırılmaktadır. Yasalarda tamamlayıcı sağlık sigortası yapılmasına yönelik hiçbir kanuni zorunluluk bulunmamaktadır. Sigortalıların ödemekle yükümlü

³⁶¹ VAROĞLU, a.g.m., s.22-23.

³⁶² Kayıhan PALA, "Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı ve Türkiye Deneyimi", **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, Cilt.12, Sayı.3, (2014), s.201-204

³⁶³ Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Madde 18

³⁶⁴ İNCE, a.g.t., s.50-51

oldukları katılım payları özel sigorta şirketleri tarafından tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında ödenememektedir. Katılım payı ücretleri, ilgili kanun gereği sigortalı tarafından cepten ödenmektedir³⁶⁵. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının yararlanabilmek için; faydalanılacak olan özel sağlık hizmet sunucusunun veya hekimin SGK ile sözleşmeli olması ve ayrıca söz konusu özel sağlık hizmet sunucusunun sigorta şirketi ile tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sözleşmesinin bulunması gerekmektedir. SGK ile anlaşması bulunmayan sağlık kuruluşları ve özel muayenehanesinde hizmet veren doktorlar tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamı dışındadır³⁶⁶.

Tamamlayıcı sağlık sigortalarına yatarak tedavi ve yatarak + ayakta tedavi teminatları sunulmaktadır. Genel sağlık sigortalısının özel sağlık hizmet sunucularında ödemekle yükümlü olduğu, Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirtilen ve SGK'nın karşıladığı limitin üstünde kalan fark ücretleri tamamlayıcı sağlık sigortasıyla karşılanmaktadır. Bu kapsamda özel hastanelerde muayene, tahlil, tetkik, yatış ve ameliyatlar gibi hastane hizmetlerinden çıkacak fark ödemeleri karşılanmaktadır. İlaç harcamaları ise Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamı dışındadır³⁶⁷. Bu çerçevede; Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında genel olarak aşağıdaki tabloda belirtilen giderler karşılanmaktadır:

Tablo 11: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Başlıca Teminatlar

Ayakta Tedavilerde	Yatarak Tedavilerde
Laboratuvar Hizmetleri	Cerrahi ve Dahili Yatışlar
Fizik Tedavi Giderleri	Yoğun Bakım
İleri Tanı Yöntemleri	Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz
Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri	Koroner Anjiyografi
Hekim Muayenesi	Küçük Müdahale Giderleri
	Standart Tek Kişilik Oda, Yemek ve Refakatçi Giderleri

Kaynak: ŞAHİN, 2018, s. 28-30

³⁶⁵ Ece ORHAN, “Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015), s.17-18

³⁶⁶ UZUN, a.g.t., s.134

³⁶⁷ ORHANER, Türkiye’de Sağlık Sigortası, s.195

Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri genel olarak 1 yıllık düzenlenmektedir. Ayakta ve yatarak tedavi teminat limitleri sigorta şirketlerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Ayakta tedavi teminatları için limit değil belirli bir vaka sayısı söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmet sunucularına belirli bir başvuru sayısı limiti bulunmaktadır. Sigortalılar, poliçe kapsamında özel sağlık hizmet sunucularına müracaatlarda genellikle bir üst limit uygulanmaktadır. Yatarak tedavi teminatları genellikle limitsiz şekilde sunulmaktadır. Poliçe özel şartları sigorta şirketlerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Bekleme süreleri bazı sigorta şirketlerinde uygulanmamaktadır. Poliçe kullanımı, ek teminat söz konusu değilse Türkiye sınırları içerisinde geçerli olmaktadır. Sigorta teminatı anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerli olduğundan dolayı, tazminat ödemelerinde elden hasar ödenmesi söz konusu değildir³⁶⁸.

15.3. GSS’de Geçerli Olan İlave Ücret ve Katılım Payı Uygulamaları

15.3.1. Katılım Payı Uygulaması

5510 sayılı Kanun gereği sigortalıların ve hak sahibi yakınlarının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için katılım payı ücreti ödemeleri gerekmektedir. Katılım payı uygulaması, sağlık hizmet sunucularına aşırı talebi azaltmak ve gereksiz kullanımın ve yoğunluğun önüne geçmek amacıyla yapılmaktadır. Sigortalılar katılım paylarını eczanelerde ilaç alımı esnasında ödemektedir³⁶⁹. Katılım payı ödemelerinin özel sigorta şirketleri tarafından tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında teminat altına alınması Kanun gereği yasaktır³⁷⁰.

Katılım payı uygulanan sağlık hizmetleri şunlardır³⁷¹:

- Ayakta tedavilerde hekim ve diş hekimi muayeneleri,
- Ayakta tedavilerde hekim tarafından yazılan reçeteli ilaçlar,
- Ortez, protez ve diğer sağlığa yardımcı tıbbi araç ve malzemeler,

³⁶⁸ ÖZER ve Diğerleri, **a.g.m.**, s.10-11

³⁶⁹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 3

³⁷⁰ 5510 Sayılı Kanun, Madde 98

³⁷¹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

- Tüp bebek tedavileri

Birinci basamak kamu sağlık hizmeti sunucularında ve aile hekimliklerinde yapılan muayeneler için sigortalılardan katılım payı alınmamaktadır. Diğer sağlık hizmet sunucularında ayakta tedavilerdeki hekim ve diş hekimi muayenelerinde talep edilen katılım payı tutarları aşığıdaki şekildedir³⁷²:

- İkinci basamak kamu sağlık hizmeti sunucularında 6 TL,
- Sağlık Bakanlığı'na bağı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 TL,
- Üçüncü basamak üniversite hastanelerinde 8 TL,
- Özel sağlık hizmet sunucularında 15 TL'dir.

Ayakta tedavilerde reçeteli ilaçlar için de belirli oranlarda katılım payı uygulanmaktadır. Buna göre SGK'dan aylık veya gelir alanlardan %10, diğer sigortalılardan %20 oranında katılım payı tahsil edilmektedir. Ayrıca, hekim tarafından yazılan her bir reçete için 3 kutuya kadar verilen ilaçlarda 3 Lira, 3 kutudan sonraki her bir kutu için 1 Lira katılım payı alınmaktadır³⁷³.

15.3.2. İlave Ücret

İlave ücret, SGK ile sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucularında SGK tarafından karşılanmayan hizmet bedelleridir. Sigortalılar, SGK'nın kısmen veya tamamen karşılamadığı miktarını ilave ücret olarak kendi cebinden ödemektedir. İlave ücret uygulaması özel hastaneler, vakıf üniversitesi hastaneleri ve özel tıp ve ihtisas merkezlerinde geçerli olmaktadır. İlave ücretin Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmiş bir tavan oranı bulunmakta ve özel sağlık hizmet sunucuları sigortalıdan bu tavan oranının üzerinde bir ücret talep edememektedir³⁷⁴.

Özel sağlık hizmet sunucuları, sağlık hizmetini sunmadan önce talep edeceği ilave ücrete ilişkin olarak hastanın veya hasta yakınının yazılı onayını almak

³⁷² Sosyal Güvenlik Kurumu, 28 Nisan 2021 Değışiklik Tebliğı İşlenmiş Güncel 2013 SUT, s.11-12

³⁷³ Sosyal Güvenlik Kurumu, 28 Nisan 2021 Tarihli Değışiklik Tebliğı İşlenmiş Güncel 2013 SUT, s.12

³⁷⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

durumundadır. GSS kapsamındaki sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları hak sahibi yakınları, ödedikleri ilave ücretleri SGK'dan geri talep edememektedir. Ayrıca SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için ödenen sağlık bedelleri, ilave ücret olarak kabul edilmemektedir. Acil hallerde, hastanın acil servise başvurduğu andan itibaren 24 saat boyunca alacağı tıbbi hizmetler için özel sağlık hizmet sunucularının hastalardan ilave ücret talep etmesi söz konusu değildir³⁷⁵.

Bazı sağlık hizmetlerinde ilave ücret alınmamaktadır. İlave ücret talep edilmesinin söz konusu olmadığı başlıca sağlık hizmetleri şunlardır³⁷⁶:

- Acil servis hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri
- Kemoterapi, ışın tedavisi, izotop tedaviler ve radyoterapi gibi tıbbi işlemleri içeren kanser tedavisi hizmetleri,
- Kök hücre, doku ve organ nakli işlemleri,
- Hemodiyaliz tedavileri.

Ayrıca 9 Nisan 2020 tarihi itibarıyla pandemi döneminde ortaya çıkan salgın hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik sunulan sağlık hizmetlerinden de ilave ücret alınmamaktadır. Dolayısıyla ülkemizde 2020 yılının başından itibaren görülmeye başlayan Covid 19 salgınının tedavisinde özel sağlık hizmet sunucuları hastalardan herhangi bir ilave ücret talep edememektedir³⁷⁷.

15.4. Sağlık Uygulama Tebliği

Sosyal güvenlik Kurumu'nun kurulmasından sonra devletin sağlık harcamalarına hangi ölçüde iştirak edeceğini belirlemek amacıyla 2004 yılında Geri Ödeme Komisyonu kurulmuştur. Komisyon, SGK'nın geri ödemedeki bulunduğu

³⁷⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu, 28 Nisan 2021 Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT,, s.12-14

³⁷⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu, 16 Haziran 2020 Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT, s.15-16

³⁷⁷ 31094 Sayılı 9 Nisan 2020 Tarihli Resmi Gazete, Madde 2

sağlık hizmeti ve ilaç fiyatlarının belirlenmesinde rol almaktadır. Ayrıca SGK tarafından geri ödemesi yapılan ilaç ve sağlık hizmetlerinin miktarı ve içeriğinde değişiklik yapma görevi de yine bu komisyonun sorumluluğundadır. Geri Ödeme Komisyonunun bir alt kurulu olarak Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu faaliyet göstermektedir. Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu, geri ödemesi yapılan sağlık ve ilaç hizmetlerinin fiyatlarını belirlemede teknik ve stratejik çalışmalar yürütmektedir³⁷⁸.

Sağlık hizmet sunucularına geri ödemelerin hangi çerçevede yapılacağını belirlemek amacıyla Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) düzenlenmektedir. Geri ödemeler, SUT içeriğinde belirtilen yöntemlerle yapılmaktadır. SGK tarafından ilk olarak 2007’de yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği, komisyonun çalışmaları doğrultusunda belirli aralıklarla içerik ve kapsamında değişiklikler göstererek güncellenmektedir. SGK’nın geri ödeme sistemine dahil edilen ilaç ve sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin fiyatları, çeşitli dönemlerde güncellenen SUT listelerinde açıklanmaktadır. SGK, sağlık hizmet sunucularını ve bunların vermiş olduğu sağlık hizmetlerini çeşitli sınıflandırmalara tabi tutmaktadır. SGK’nın geri ödemeleri bu sınıflandırmalar göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. SUT kapsamında, ikinci ve üçüncü basamak üniversite hastaneleri ve özel hastaneler ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerine yapılacak ödemelerin miktar ve yöntemleri belirlenmektedir³⁷⁹. Genellikle global bütçe ve hizmet başına ödeme yöntemleri tercih edilmekle birlikte, bazı durumlarda her iki yöntemin de karma halde uygulandığı da görülmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortalarında, Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirtilen ve SGK’nın karşıladığı limitin üstünde kalan hizmet bedelleri teminat altına alınmaktadır³⁸⁰.

³⁷⁸ TATAR ve Diğerleri, “Turkey Health System Review”, s.45-47

³⁷⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf>, (06/02/2020), s.1-3

³⁸⁰ Özer ARIK ve Yusuf Yalçın İLERİ, “Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, 2016, s.79-83

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

VERİ ZARFLAMA ANALİZİ'YLE TÜRKİYE'DEKİ ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ETKİNLİK ANALİZİ

1. Etkinlik Kavramı

Ekonomi bilimi, sınırlı kaynaklarla sınırsız insan ihtiyaçlarını optimum düzeyde karşılamayı amaç edinmektedir. Fakat kaynakların sınırlı veya yetersiz olması, ekonomik faaliyetler yürüten işletmeleri bu kaynakların etkin şekilde kullanılması adına çeşitli alternatifler bulma arayışına yöneltmiştir. Kaynakların doğru kullanılması amacıyla işletmelerin ekonomik performanslarını ölçmek ve analiz etmek için çeşitli yöntemler tasarlanmıştır. Etkinlik kavramı işletmenin performans değerlendirmesi için geliştirilmiş bir terimdir³⁸¹. İşletme bilimleri bakımından etkinlik çıktıları odaklanmaktadır. Bu doğrultuda etkinlik, işletmenin gözlenen, yani gerçekleşen çıktıların; beklenen, diğer bir deyişle planlanan çıktılarına oranıdır³⁸²:

$$\text{Etkinlik} = \text{Gerçekleşen Çıktılar} / \text{Planlanan Çıktılar}$$

İşletme biliminde etkinlik, bir işletmenin üretim süreci için daha önceden belirlenen programın gerçekleştirilme derecesini gösteren bir ölçüttür. Dolayısıyla işletmenin üretim faaliyetlerine ilişkin olarak daha önceden belirlenen ölçülerle, gerçekleşen ölçüler arasında bir karşılaştırma ve kıyaslama söz konusudur³⁸³. Tosun (1990) etkinlik kavramını; “Organizasyonel sistemlerin belirlediği çeşitli hedeflerine ulaşmak amacıyla gerçekleştirmiş olduğu çalışmaların sonucunda bu hedeflere ulaşma derecesi” olarak tanımlamıştır³⁸⁴. Dolayısıyla etkinlik, işletmenin örgütsel amaçlarını gerçekleştirmek amacıyla kaynakların en rasyonel şekilde kullanılmasını ifade etmektedir. Etkinlik unsuru; ulaşılmak istenen bir çıktı hedefini, yeni bir

³⁸¹ Recep KÖK ve Ertuğrul DELİKTAŞ, **Endüstri İktisadında Verimlilik Ölçme ve Strateji Geliştirme Teknikleri**, 1. Baskı, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Yayınları, 2003, s.42-43

³⁸² Üzeyme DOĞAN, **Verimlilik Analizleri ve Verimlilik-Ergonomi İlişkileri**, 1. Baskı, İzmir: İzmir Ticaret Borsası Yayınları, 1987, s.26

³⁸³ Mümtaz KÜLÜNK, “Verimlilik Üzerine”, **Verimlilik Dergisi**, Cilt.5, Sayı.2, (1976), s.184

³⁸⁴ Kemal TOSUN, **İşletme Yönetimi: Genel Esaslar**, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 1990, s.11

performans düzeyinin başarılmasını ve tüm kısıtlamalar ortadan kaldırıldığında mümkün olan en ideal potansiyeli içermektedir³⁸⁵.

Farrel (1957), etkinlik kavramını işletmenin mevcut girdileriyle maksimum çıktı elde etme kapasitesi olarak tanımlamıştır. Farrel, bir işletmenin söz konusu maliyet etkinliğinin teknik etkinlik ve tahsis etkinliği olmak üzere iki bileşeni olduğunu ileri sürmüştür³⁸⁶.

1.1. Teknik Etkinlik

Teknik etkinlik, işletmelerde birim başına gerçekleştirilen üretim için harcanan zaman dikkate alınmaksızın, mevcut teknolojiyle belirli bir girdi setinden elde edilebilecek maksimum çıktı bileşimini ifade etmektedir. Yani belirli bir çıktı düzeyinin mümkün olduğunca en az girdi ile meydana getirilmesidir. Teknik etkinlik aynı zamanda girdi-çıkıtı ilişkisi tanımladığından dolayı bir verimlilik göstergesi niteliği de taşımaktadır³⁸⁷. Farrel ise teknik etkinliği, bir firmanın mevcut girdi değerleriyle maksimum çıktıyı üretme yeteneği olarak tanımlamıştır³⁸⁸.

1.2. Tahsis Etkinliği

Tahsis etkinliği, üretim teknolojisi ve fiyatlar veri iken, girdi bileşenlerini en optimal şekilde kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Yani maliyetler göz önünde bulundurularak girdileri en uygun oranda kullanma yeteneğini ifade etmektedir. Sonraki süreçte tahsis etkinliği ve teknik etkinlik bir araya getirilerek ekonomik etkinlik kavramı meydana getirilmiştir³⁸⁹.

Performans ölçüm ve analizlerinde etkinlik ve verimlilik kavramları zaman zaman birbirlerinin yerine kullanılabilmekte veya birbirleriyle karıştırılabilmektedir. Fakat bu iki kavram birbirinden farklı anlamlar içermektedir.

³⁸⁵ Melih BAŞ ve Ayhan ARTAR, **İşletmelerde Verimlilik Denetimi**, 3. Baskı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 1991, s.35

³⁸⁶ Michael James FARREL, "The Measurement of Productive Efficiency", **Journal of the Royal Statistical Society**, Vol.120, No.3, (1927), s.254-255

³⁸⁷ Zühal AKAL, **İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi**, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2005, s.43

³⁸⁸ FARREL, **a.g.m.**, s.255

³⁸⁹ Tim COELLI, **A Guide to DEAP Version 2.1: A Data Envelopment Analysis (Computer) Program**, Armidale: University of New England Center for Efficiency and Productivity Analysis, 1996, s.3

Etkinlik tabiri, en basit tanımıyla mevcut girdilerle maksimum çıktıyı oluşturmaya ifade etmektedir. Dolayısıyla etkinlik, eldeki kaynakların kullanılmasıyla ilişkilidir. Verimlilik ise hizmet ya da mal üretimi yapan çeşitli işletme veya firmaların üretim miktarlarının toplam girdilerine oranı olarak tanımlanmaktadır. Bu sebeple verimlilik, üretilen çıktı ile bu çıktıyı meydana getirmek için kullanılan girdi arasındaki ilişkidir³⁹⁰. Başka bir deyişle verimlilik, minimum çaba ile maksimum çıktıyı sağlayabilecek tüm üretim kaynakları arasındaki dengedir³⁹¹.

$$\text{Verimlilik Oranı} = \text{Çıktı/Girdi}$$

2. Veri Zarflama Analizi: Tanım ve Temel Kavramlar

Veri Zarflama Analizi (VZA) aynı türdeki girdilerle yine aynı türdeki çıktıları üreten çeşitli karar verme birimlerinin (KVB) göreceli etkinliklerini ölçmek amacıyla tasarlanmış, doğrusal programlama temeline dayanan, parametrik olmayan bir analiz yöntemidir³⁹². Karar verme birimleri; birbirine benzer girdiler kullanılarak benzer çıktılar üreten, kar amacı güden veya gütmeyen çeşitli şirket, firma, kurum veya işletmeler gibi etkinliği incelenen ekonomik faaliyet yürüten birimleri ifade etmektedir³⁹³. Bu analizin uygulanmasındaki temel amaç, etkin durumda olmayan karar verme birimlerinin etkin olmayışının sebebini, kaynağını ve düzeyini tespit etmektir. Bu sayede söz konusu karar verme birimine ilişkin etkin olmama sorununa yönelik gerekli işlem ve önlemler alınabilmektedir³⁹⁴.

Veri Zarflama Analizi, doğrusal programlamaya dayanması sebebiyle aynı veya benzer nitelikli hedef ve amaçlara sahip şirket, kurum veya işletmelerin

³⁹⁰ Joseph PROPENKO, **Productivity Management: A Practical Handbook**, Geneva: International Labour Office, 1987, s.3

³⁹¹ Peter F. DRUCKER, **Management: Tasks, Responsibilities, Practices**, New York: Harper & Row Publishers Inc., 1993, s.13

³⁹² William W. COOPER, Lawrence M. SEIFORD and Joe ZHU, “Data Envelopment Analysis: History, Models and Interpretations”, William W. COOPER, Lawrence M. SEIFORD and Joe ZHU (Ed.), **Handbook on Data Envelopment Analysis içinde** (1-40), Berlin: Springer Science + Business Media, 2011, s.1

³⁹³ Mehtap ÇAKMAK, M. Kemal ÖKTEM ve Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN, “Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.12, Sayı.1, (2009), s.13-14

³⁹⁴ Rajiv D. BANKER and Robert M. THRALL, “Estimation of Returns to Scale Using Data Envelopment Analysis”, **European Journal of Operational Research**, Vol.62, Issue.1, (October 1992), s.78-79

etkinliklerini, birbirlerine göre göreceli olarak ölçen bir sistematik tekniktir³⁹⁵. Analizin temelinde benzer türdeki karar verme birimlerinin etkinliklerinin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve referans grupları oluşturularak etkin olmayan her bir birim için etkinlik düzeyinin tespit edilmesi yer almaktadır. Dolayısıyla analizi yapılacak karar verme birimlerinin aynı hedeflere yönelik çalışması, benzer üretim süreçleri içermesi ve benzer pazar şartlarında faaliyet göstermesi, analizin doğru sonuçlar vermesi açısından önem arz etmektedir³⁹⁶.

Veri Zarflama Analizi'nde, çok sayıdaki girdi ile çok sayıdaki çıktı grubu arasındaki ilişki dikkate alınmak suretiyle karar verme birimlerinin birbirleri arasındaki göreceli etkinlikleri matematiksel programlama yoluyla analiz edilmektedir. Karar verme birimini ifade eden 'K' biriminin teknik etkinliği, ya verilen belirli bir girdi kümesi için çıktıları maksimize ederek ya da verilen belirli bir çıktı kümesi için girdileri minimize ederek ölçülmektedir³⁹⁷. Bu analiz yöntemi, farklı birimlere sahip çok sayıdaki girdi-çıkıtı kümesinin ortak bir ölçüt üzerinde birleşemediği durumlarda nispi toplam faktör etkinliğini ölçme imkanı tanımaktadır³⁹⁸. Böylece girdi ve çıktıların ortak birimlerle ifade edilemediği kurum, şirket veya organizasyonlarda etkinlik ölçümünün yapılmasına olanak sağlanmakta ve etkin durumda olmayan karar verme birimlerinin etkin hale getirilebilmesi için gerekli aşama ve işlemler gösterilmektedir³⁹⁹.

VZA yöntemi sayesinde, diğer etkinlik ölçme tekniklerinin çok sayıdaki girdi-çıkıtı karşılaştırmasında yaşanan yetersizlikleri aşmak mümkün olmaktadır. Bu sebeple VZA'nın en önemli özelliği, parametrik yöntemlerden farklı olarak, daha önceden belirlenmiş bir üretim fonksiyonunun varlığına ihtiyaç duyulmadan ölçüm

³⁹⁵ Semra TETİK, "İşletme Performansını Belirlemede Veri Zarflama Analizi", **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.10, Sayı.2, (2003), s.222

³⁹⁶E. Ertuğrul KARSAK ve Firuzan İŞCAN, "Çimento Sektöründe Göreceli Faaliyet Performanslarının Ağırlık Kısıtlamaları ve Çapraz Etkinlik Kullanılarak Veri Zarflama Analizi İle Değerlendirilmesi", **Endüstri Mühendisliği Dergisi**, Cilt.11, Sayı.3, (2000), s.3-4

³⁹⁷ Aslan GÜLCÜ, Hasan TUTAR ve Cavit YEŞİLYURT, **Sağlık Sektöründe Veri Zarflama Analizi Yöntemi İle Göreceli Verimlilik Analizi**, 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005, s.90

³⁹⁸ Mehmet Cahit GÜRAN ve Selçuk CİNGİ, "Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği", **Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi**, Sayı.3, (2002), s.63-64

³⁹⁹ Gary FERRIER and C. A. Knox LOVELL, "Measuring Cost Efficiency in Banking: Economic and Linear Programing Evidence", **Journal of Econometrics**, Vol.46, Issue.1-2, (1990), s.231-232

ve analiz yapılabilmesidir⁴⁰⁰. Dolayısıyla bu yöntemin etkinlik ölçümünde getirmiş olduğu en önemli yenilik, tek çıktılı üretim ortamları yerine çok sayıdaki çıktının yer aldığı üretim süreçlerinde de verimlilik ölçümü ve analizinin gerçekleştirilebilmesine imkan sağlamasıdır⁴⁰¹. Bu sayede ağırlık, mali değer, hacim gibi birbirlerinden farklı çok sayıdaki girdi ve çıktı değişkeni kullanılarak ölçüm yapılabilmektedir⁴⁰².

Veri Zarflama Analizi ilk olarak 1978 yılında ABD’li bilim adamları Abraham Charnes, William W. Cooper ve Edwardo Lao Rhodes tarafından geliştirilmiş ve kullanılmaya başlamıştır. Yöntem, bilim adamlarının soyadlarının ilk harflerinden oluşan CCR modeli olarak isimlendirilmiştir. Charnes, Cooper ve Rhodes, 1978’de yayınladıkları “Measuring the Efficiency of Decision Making Units” adlı makalede yöntemin temel özelliklerini ve matematiksel formülünü açıklamıştır. CCR modeli, üretim etkinliğini “ölçeğe göre sabit getiri” varsayımına dayanarak incelemektedir⁴⁰³. 1984 yılında ise Banker, Charnes ve Cooper bu model üzerinde bazı çalışmalar yapmış ve BCC modelini geliştirmiştir. BCC modeli, CCR’den farklı olarak, üretim etkinliğini “ölçeğe göre değişken getiri” varsayımını baz alarak analiz etmektedir. Kuramsal olarak Veri Zarflama Analizi, uzaklık fonksiyonlarından türetilerek oluşturulmuş bir analiz çeşididir. Etkin olmayan ekonomik karar verme birimlerinin, etkin olan ekonomik karar verme birimlerinin oluşturduğu en etkin üretim sınırına ne kadar uzak olduğunu ölçmekte ve bu birimler için bir etkinlik skoru oluşturmaktadır⁴⁰⁴.

⁴⁰⁰ Çiğdem ÖZSEVER, Tülay GENÇOĞLU ve Nihal ERGİNEL, “İşgücü Verimlilik Takibi İçin Sistem Tasarımı ve Karar Destek Modelinin Geliştirilmesi”, **Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, Sayı.18, (Nisan 2009), s.48

⁴⁰¹ Reha YOLALAN, **İşletmeler Arası Göreli Etkinlik Ölçümü**, 1. Baskı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 1993, s.27

⁴⁰² Yusuf BAYRAKTUTAN ve Ferhat PEHLİVANOĞLU, “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı.23, (2012), s.128

⁴⁰³ Abraham CHARNES, William W. COOPER and Edwardo Lao RHODES, “Measuring the Efficiency of Decision Making Units”, **European Journal of Operational Research**, Vol.2, Issue.6, (November 1978), s.429-430

⁴⁰⁴ Emre Güneşer BOZDAĞ, “Türkiye ve Avrupa Birliği Şeker Sanayilerinin Etkinlik Karşılaştırması 1990-2005”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt.22, Sayı.2, (2008), s.47-48

Veri Zarflama Analizi'nin başlıca özellikleri aşağıdaki gibi özetlenebilir⁴⁰⁵:

- Çok sayıda çıktı ve girdi değişkeni kullanılabilir, - Doğrusal form haricinde, çıktı ve girdilerin arasında herhangi bir fonksiyonel ilişki kurulması gerekmemektedir,
- Çıktı ve girdi değişkenleri birbirinden farklı ölçü birimleri olarak aynı anda kullanılabilir. (Oransal veya parasal değerler, adet, ağırlık, hacim gibi),
- Parametrik bir yöntem olmaması sebebiyle, sonuçların istatistiksel olarak test edilmesi zordur,
- Etkinlik durumu en uç değerlere göre hesaplandığından dolayı, bu uç değerlerden etkilenmektedir. Dolayısıyla tespit edilen etkinlik sonuçları mutlak değil görecelilik temelinde değerlendirilmektedir,
- Deterministik bir analiz yöntemi olması sebebiyle analizde rassal hatalara yer verilmemektedir. Bu nedenle veri toplama ve ölçüm yapma sürecinde verilerden kaynaklanan hatalar düzeltilmezse karar verme birimlerinin birbirlerine göreli etkinlikleri yanlış ya da hatalı çıkabilmektedir,
- Veri Zarflama Analizi'nde bulunan etkinlik skorlarının karar verme birimlerinin üretim süreçlerini doğru olarak yansıtabilmesi bakımından girdi ve çıktı değişkenlerinin sayısının mümkün olduğunca az olması gerekmektedir. Gereğinden fazla girdi ve çıktı kullanılması durumunda, etkin olan ve etkin olmayan karar verme birimlerinin birbirlerinden ayrıştırılması zorlaşmaktadır.

3. Veri Zarflama Analizi'ni Uygulamanın Temel Amaçları

Veri Zarflama Analizi'nin en temel özelliği, etkin olmayan karar verme birimlerinin etkinsizlik düzeyini ve kaynaklarını tespit ve analiz edebilmesidir. Bu sayede, etkin olmayan karar verme birimlerinin girdilerinde ne kadar azaltma yapılması gerektiği veya çıktıların ne kadar artırılması gerektiği anlaşılabilmektedir⁴⁰⁶. VZA uygulamasının en önemli kullanım amacı, çok sayıda

⁴⁰⁵ Ünal H. ÖZDEN, “Veri Zarflama Analizi (VZA) İle Türkiye’deki Vakıf Üniversitelerinin Etkinliğinin Ölçülmesi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt.37, Sayı.2, (2008), s.169

⁴⁰⁶ Pekko KARHONEN, *Searching the Efficient Frontier in Data Envelopment Analysis*, Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis, 1997, s.1-2

girdi kullanılarak çok sayıda çıktının elde edildiği üretim ortamlarında herhangi bir analitik üretim fonksiyonuna ihtiyaç duymadan etkinlik ölçümü ve analizi yapabilmektir. Girdi ve çıktıların ölçümleri birbirinden bağımsız olduğundan dolayı işletme veya kurumlara ait farklı boyut ve çeşitteki veriler aynı anda ölçülebilmekte ve değerlendirilebilmektedir⁴⁰⁷.

Veri Zarflama Analizi'nin uygulanmasının temel amaçları aşağıdaki şekilde özetlenebilmektedir⁴⁰⁸:

- Karşılaştırılan karar verme birimlerinin girdi ve çıktılarındaki göreceli etkinsizliğin ve kaynaklarının belirlenmesi,
- Karar verme birimlerinin etkinlik skorlarına göre sınıflandırılması,
- Karşılaştırılan birimlerin yönetimlerinin değerlendirilmesi,
- Değerlendirilmesi yapılan karar verme birimlerine yönelik kaynakların kullanımıyla ilgili niceliksel bir zemin oluşturulması ve kısıtlı kaynakları arzu edilen çıktı düzeyine ulaştırmak için daha etkin kullanılabilecek karar verme birimleriyle değiştirilmesi,
- Karar verme birimlerinin kendi kontrolleri dışındaki çeşitli işlem, politika ve programların etkinliklerinin değerlendirilmesi ve yönetsel etkinsizlik ile program etkinsizliğinin birbirinden ayırt edilmesi,
- Karşılaştırılan karar verme birimlerinin faaliyet gösterdiği sektör için standartların belirlenmesi,
- Belirlenen standartlara göre, etkin karar verme birimlerini kullanarak etkin olmayan karar verme birimlerine yönelik referans grubu girdi ve çıktı düzeylerinin tespit edilmesi,
- Karar verme birimlerinin yer aldıkları eş gruplar içindeki mevcut performanslarının değerlendirilmesi,

⁴⁰⁷ İrfan ERTUĞRUL ve Ayşegül TUŞ IŞIK, “İletmelerin VZA İle Mali Tablolarına Dayalı Etkinlik Ölçümü: Metal Ana Sanayiinde Bir Uygulama”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt.10, Sayı.1, (2008), s.204

⁴⁰⁸ Zehra BAŞKAYA ve Cüneyt AKAR, “Sigorta Şirketlerinin Satış Performanslarının Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Belirlenmesi”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı.15, (2005), s.89-90

- Referans grubunda yer alan karar verme birimlerinden yola çıkarak, etkin olmayan birimlerin etkin duruma getirilebilmesi için girdi miktarlarının ne kadar azaltılması ya da çıktıların ne kadar arttırılması gerektiğinin saptanması.

4. Veri Zarflama Analizi'nin Uygulama Alanları

Veri Zarflama Analizi, çok sayıdaki girdi ile çok sayıda çıktıyı işleyebilecek kapasiteye sahip olmasından dolayı doğru amaçla doğru şekilde kullanıldığında oldukça etkili bir analiz yöntemidir⁴⁰⁹. Bu sebeple ekonomik faaliyet yürüten birçok kurum ve organizasyonda yaygın şekilde kullanılmaktadır. Başlangıçta kar amacı gütmeyen kurum ve organizasyonların karşılaştırmalı analizinde kullanılan VZA, sonraları kar amacıyla faaliyet gösteren işletmelerin de analizinde uygulanmaya başlamıştır. Bu sayede hem ticari hem de sınai mal üretimi yapan işletmelerle birlikte, hizmet üretimi gerçekleştiren işletmelerin de neredeyse tamamının etkinlik ve verimlilik analizi yapılabilmektedir⁴¹⁰.

Veri Zarflama Analizi, mal veya hizmet üretiminin yapıldığı, kar amacı taşıyan veya taşımayan hemen hemen her tür işletme için uygulanabilmektedir. Üretim, finans ve hizmet sektörlerinde iç ve dış rekabet şartlarında faaliyet gösteren her ünite VZA'nın uygulama alanına girmektedir⁴¹¹. Başta finans sektörü olmak üzere bankacılık ve sigortacılık faaliyetlerinde, eğitim kurumlarında, tarımsal üretim tesislerinde, savunma sanayinde, sağlık hizmetlerinde, hastane, havaalanı, üniversite ve diğer kamu veya özel kurum ya da kuruluşların performans, etkinlik ve verimlilik ölçümü ve analizinde bu yöntem başarıyla uygulanabilmektedir⁴¹².

⁴⁰⁹ Zeynep Canan AYDEMİR, **Bölgesel Rekabet Edebilirlik Kapsamında İllerin Kaynak Kullanım Görece Verimlilikleri: Veri Zarflama Analizi Uygulaması**, 1. Baskı, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, 2002, s.91-92

⁴¹⁰ YOLALAN, **a.g.e.**, s.27

⁴¹¹ Anthony ROSS and Cornelia DROGE, "An Integrated Benchmarking Approach to Distribution Center Performance Using DEA Modeling", **Journal of Operations Management**, Vol.20, (2002), s.19

⁴¹² Cyril TOMKINS and Rodney GREEN, "An Experiment in the Use of Data Envelopment Analysis for Evaluating the Efficiency of UK University Departments of Accounting", **Financial Accountability and Management**, Vol.4, No.2, (1988), s.148

Son yıllarda özellikle yöneylem araştırmalarında yaygın olarak tercih edilen Veri Zarflama Analizi modellerinin kullanıldığı başlıca alanlar şu şekilde sıralanabilir⁴¹³:

- Eş grupların kullanımı,
- Etkin çalışma uygulamalarının belirlenmesi,
- Hedef belirleme,
- Etkin stratejilerin belirlenmesi,
- Zaman boyunca etkinlik skoru değişimlerinin gözlemlenmesi,
- Kaynak ataması.

Dünyada yaygın şekilde kullanılan Veri Zarflama Analizi'nin Türkiye'deki uygulama alanları son derece sınırlı kalmıştır. Daha çok ekonomist ve akademisyenlerin, iktisat ve yöneylem araştırmalarında başvurduğu bir yöntem olmuştur. Yöntemin uygulaması zor ve karmaşık görünmesi, analiz yapılabilmesi için gerek duyulan veri setlerine ulaşmada yaşanan güçlükler, bazı kurum ve organizasyonların veri altyapısının zayıf ve yetersiz olması; bu analiz yönteminin Türkiye'de yeterince yaygınlık kazanamamasının başlıca sebepleri arasında görülmektedir⁴¹⁴.

5. Veri Zarflama Analizi'nin Uygulama Aşamaları

Veri Zarflama Analizi'nde, verileri incelenen ve üzerinde araştırma yapılan kurum veya işletmelerin ne kadar etkin düzeyde faaliyet gösterdiğini ölçmek ve analiz etmek amacıyla belirli niceliksel saptamalar yapılmaktadır. Bu saptamaların yapılabilmesi için, söz konusu analiz uygulanırken işlemlerin belirli bir metot ve sıra çerçevesinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kullanılan modelin, amaçlanan çalışmaya uygun olup olmadığı belirlenmelidir. Çalışmada

⁴¹³ GÜLCÜ, TUTAR ve YEŞİLYURT, a.g.e., s.93-94

⁴¹⁴ Fehim BAKIRCI, **Üretimde Etkinlik ve Verimlilik Ölçümü**, 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2006, s.104-105

amaçlanan etkinlik ölçümüne en uygun analiz modelinin seçilmesi için ise yöntemin teknik gereksinimlerini ve uygulama aşamalarını bilmek büyük önem taşımaktadır⁴¹⁵.

Veri Zarflama Analizi'nin uygulama aşamaları sırasıyla aşağıdaki şekildedir⁴¹⁶:

- Karar verme birimlerinin seçimi,
- Girdi ve çıktı değişkenlerinin belirlenmesi,
- Verilerin elde edilebilirliği ve güvenilirliği,
- Modelin belirlenmesi ve göreceli etkinliğin ölçülmesi,
- Etkinlik değerlerinin belirlenmesi,
- Referans gruplarının belirlenmesi.
- Etkin olmayan karar verme birimleri için stratejilerin belirlenmesi
- Sonuçların değerlendirilmesi ve yorumlanması

5.1. Karar Verme Birimlerinin Seçimi

Analizde kullanılacak karar verme birimlerinin (KVB), yani gözlem kümesinin belirlenmesi VZA'nın ilk ve en önemli aşamasını oluşturmaktadır. Bu aşama, benzer girdiler yardımıyla benzer çıktılar üreten çeşitli firma, işletme veya şirket gibi birbirine göreceli etkinlikleri incelenen kurumsal veya organizasyonel birimlerin seçilmesini içermektedir. Etkinliği incelenen söz konusu kurumsal veya organizasyonel yapılar, karar verme birimi olarak ifade edilmektedir. Karar verme birimlerinin girdileri çıktıya dönüştürebilen ekonomik birimler olması gerekmektedir⁴¹⁷.

Karar verme birimleri, gerçekleştirmiş olduğu üretim ve hizmet faaliyetleri açısından mümkün olduğunca birbirine eşdeğer nitelikte olmalıdır. Yani üretim süreci ve teknolojisi bakımından birbirlerine benzer yapıda olmaları, başka bir deyişle gözlem kümesi birimlerinin homojen özellikte olması gerekmektedir. VZA

⁴¹⁵ William W. COOPER, Lawrence M. SEIFORD and Kaoru TONE, **Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text With Models, Applications, References and DEA Solver Software**, New York: Kluwer Academic Publishers, 2000, s.3-4

⁴¹⁶ İlknur YAVUZ, **Sağlık Sektöründe Etkinlik Ölçümü (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama)**, 1. Baskı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2001, s.53-55

⁴¹⁷ AYDEMİR, a.g.e., s.87

karşılaştırmalı bir yöntem olduğundan dolayı, analizin doğru sonuçlar vermesi ve çalışma sonucunda elde edilen bulguların anlamlı olması büyük oranda karar verme birimlerinin homojen olmasına bağlıdır. Dolayısıyla, seçilen karar verme birimleri, benzer amaçlarla aynı faaliyetleri gerçekleştiriyor olmalı; bu birimlerin performanslarını tanımlayan faktörler de aynı olmalıdır⁴¹⁸.

Karar verme birimlerinin seçiminde homojenlik prensibinin yanı sıra büyük önem taşıyan bir diğer husus, karar verme birimlerinin sayısının belirlenmesidir. KVB'lerin yeterli ve optimal sayıda seçilmesi, etkinlik ölçümünün anlamlı sonuçlar üretmesinde belirleyici rol oynamaktadır. Seçilecek KVB'lerin sayısının ne kadar olması gerektiği hususunda, konunun uzmanları tarafından çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Dyson ve Diğerleri (2001), KVB'lerin sayısının çalışmada kullanılan girdi ve çıktıların toplamının en az iki katı kadar olması gerektiğini savunmuştur⁴¹⁹. Cooper ve Diğerleri (2001) ise, girdi sayısı ile çıktı sayısının toplamının 3 katından daha fazla sayıda karar verme birimi olması gerektiğini ileri sürmüştür⁴²⁰. Norman ve Stoker'a (1992) göreyse analizde yer alacak KVB sayısının en az 20 olması gerekmektedir⁴²¹. Genel olarak, KVB sayısının girdi ve çıktı sayısının toplamından en az 1 fazla olması uygulamada yaygın şekilde kabul görmektedir. Karar verme birimi kümesinin geniş tutulması, analize konu olan girdi ve çıktılar arasındaki ilişkilerin daha doğru olarak belirlenmesine olanak sağlamaktadır⁴²².

5.2. Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi

Herhangi bir üretim sürecinde girdiler kullanılarak çıktıya dönüştürülmektedir. Girdiler, bu süreçte karar verme birimleri tarafından kullanılan kaynakları ya da karar verme birimlerinin performansına etki eden çeşitli koşulları ifade etmektedir. Çıktılar ise, karar verme birimlerinin faaliyet ve işlemleri

⁴¹⁸ YOLALAN, a.g.e., s.64-66

⁴¹⁹ Robert G. DYSON ve Diğerleri, "Pitfalls and Protocols in DEA", **European Journal of Operational Research**, Vol.132, No.2, (2001), s.248

⁴²⁰ William W. COOPER ve Diğerleri, "Sensitivity and Stability Analysis in DEA: Some Recent Developments", **Journal of Productivity Analysis**, Vol.15, No.3, (2001), s.219

⁴²¹ Michael NORMAN and Barry STOKER, **Data Envelopment Analysis: The Assessment of Performance**, 1st Edition, New York: John Wiley & Sons Inc., 1991, s.98

⁴²² Semra ÖNCÜ ve Rabia AKTAŞ, "Yeniden Yapılandırma Döneminde Türk Bankacılık Sektöründe Verimlilik Değişimi", **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.14, Sayı.1, (2007), s.252

sonucunda meydana getirilen kazanımlar olarak kabul edilmektedir. Çıktılar, KVB'lerin üretim sürecinde ortaya çıkardığı gözle görülür somut sonuçlar olduğundan dolayı KVB'lerin hedef ve amaçlarını doğru yansıtmalı ve desteklemelidir. Analiz neticesinde doğru sonuçlara ulaşılması ve etkili değerlendirmelerin yapılabilmesi için girdi ve çıktı seçimi büyük önem taşımaktadır⁴²³.

Veri Zarflama Analizi, girdi ve çıktı değişkenlerinin seçimine ve muhtemel veri hatalarına karşı çok duyarlı olduğundan dolayı, girdi ve çıktıların belirlenmesinde oldukça dikkatli ve titiz hareket edilmesi gerekmektedir. Aynı karar verme birimi için, farklı girdi-çıkı değişkenleri farklı etkinlik değerleri aldığından dolayı, üretim sürecinde nedensel olarak birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülen girdi ve çıktılar seçilmelidir. Bu doğrultuda, öncelikle girdi ve çıktı grupları mümkün olduğunca birbirleriyle anlamlı ve uyumlu olacak şekilde belirlenmelidir. Sonrasında birbirleriyle en az uyumlu olan girdi-çıktılar çalışmadan çıkarılmalıdır⁴²⁴. Aynı karar verme birimleri için farklı girdi ve çıktı parametreleri seçildiğinde,*963, KVB'lerin etkinlik skorları da farklılık göstermektedir.

Analize çok sayıda girdi-çıkı değişkeninin dahil edilmesi, etkin olan ve etkin olmayan KVB'leri birbirinden ayırıştırma kapasitesini azaltmaktadır. Çünkü kullanılan girdi-çıkı sayısı arttıkça KVB'lerin tamamı aynı oranda daha etkin hale gelmektedir. Bu sebeple, çalışma sonucunda KVB'lerin gerçek etkinlik durumu yansıtılamamış olmaktadır. Şayet girdi-çıkı değişkenlerinin sayısını arttırmak gerekiyorsa, KVB'lerin sayısı da aynı oranda arttırılmalıdır⁴²⁵.

5.3. Verilerin Elde Edilebilirliği ve Güvenilirliği

Veri Zarflama Analizi'nde kullanılacak girdi ve çıktı değişkenleri belirlendikten sonra, tüm karar verme birimleri için söz konusu girdi ve çıktı verileri temin edilmelidir. Herhangi bir karar verme birimi için gerekli girdi ve çıktıların

⁴²³ Gülnur KEÇEK, **Veri Zarflama Analizi: Teori ve Uygulama Örneği**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2010, s.79

⁴²⁴ Algin OKURSOY ve Didem TEZSÜRÜCÜ, "Veri Zarflama Analizi ile Göreli Etkinliklerin Karşılaştırılması: Türkiye'deki İllerin Kültürel Göstergelerine İlişkin Bir Uygulama", **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.21, Sayı.2, (2014), s.7-8

⁴²⁵ ERTUĞRUL ve IŞIK, **a.g.m.**, s.204

ulaşılamaması durumunda söz konusu karar verme birimi analizden ihraç edilir. Fakat bu durumda, Veri Zarflama Analizi yönteminin teknik yapısı nedeniyle bir KVB'nin çalışmadan çıkarılması kalan diğer KVB'lerin etkinliğinin olduğundan daha yüksek görünmesine yol açacaktır. Bu durum etkinlik sonuçlarının yanıltıcı veya hatalı olmasına sebep olabilmektedir.⁴²⁶

Verilerin ulaşılabilirliği ve elde edilmesi kadar, güvenilirliği de son derece önemlidir. Güvenilir verilerin elde edilememesi halinde hem ilgili karar verme biriminin etkinlik değeri, hem de göreceli etkinlik ölçümünden dolayı çalışmada yer alan tüm karar verme birimlerinin etkinlik skorları tartışmalı duruma gelmektedir. Bu durumda analiz neticesinde hatalı sonuçlar ortaya çıkması muhtemeldir. Bu sebeple, henüz çalışmaya başlanmadan önce analizde kullanılacak girdi ve çıktı verilerinin ulaşılabilir olduğuna ve güvenilir kaynaklardan temin edildiğine emin olmak gerekmektedir.⁴²⁷

5.4. Modelin Belirlenmesi ve Göreceli Etkinliğin Ölçülmesi

Girdi ve çıktı değişkenleri belirlendikten sonra etkinlik ölçümü yapılmaktadır. Etkinlik analizinde araştırmaya ve ele alınan üretim bileşenlerine en uygun model seçilmelidir. Veri Zarflama Analizi modelleri temel olarak girdiye yönelik model ve çıktıya yönelik model olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Girdi yönlü modelde belirli bir çıktı bileşimini ölçmek için girdilerin ne kadar azaltılabileceği incelenmektedir. Yani asgari çıktı düzeyini karşılamak üzere girdilerin minimize edilmesini hedeflemektedir. Çıktı yönlü modeldeyse mevcut girdilerle, söz konusu çıktıların ne kadar maksimize edileceği araştırılmaktadır. Diğer bir ifadeyle, girdi değerleri arttırılmadan çıktı değerlerini en yüksek düzeye çıkarmak amaçlanmaktadır.⁴²⁸

Veri Zarflama Analizi; LINDO, STORM veya QSB gibi doğrusal programlama prensiplerine dayanan yazılımlarda uygulanabilmektedir. Ayrıca Windows İşletim Sistemi'nde çalıştırılabilen Warwick DEA, ETAKS, EMS,

⁴²⁶ YAVUZ, a.g.e., s.50

⁴²⁷ AYDEMİR, a.g.e., s.33

⁴²⁸ COOPER, SEIFORD and TONE, a.g.e., s.41

DeaexcelSolver, PIONEER, DEAP gibi programlar da son derece etkili ve pratik kullanımı sebebiyle yaygın olarak tercih edilmektedir.

5.5. Etkinlik Değerlerinin Belirlenmesi

Analizde yapılan hesaplama sonucu tüm karar verme birimleri için 0 ile 1 arasında (ya da % cinsinden 0 ile 100 arasında) bir etkinlik değeri saptanmaktadır. Etkinlik skoru 1'e (yüzdelik olarak 100'e) eşit olan birimler etkin karar verme birimleri olarak tanımlanmakta ve bu birimler en iyi gözlem kümesini oluşturmaktadır. Etkinlik değeri 0 ile 1 arasında çıkan birimler ise etkin olmayan karar verme birimleridir. Etkin olmayan karar verme birimlerinin mevcut etkinlik değerleri, etkinlik sınırına olan uzaklığını işaret etmektedir. Yani bu birimlerin 1'den sapma derecesi, göreceli etkinsizlik ölçüsünü göstermektedir⁴²⁹.

Karar verme birimleri için %100 etkinlik aşağıdaki şartlarda gerçekleşebilmektedir⁴³⁰:

Çıktılar aşağıdaki durumlar haricinde arttırılamamaktadır:

- Bir veya birden fazla sayıdaki girdinin arttırılması,
- Bir veya birden fazla sayıdaki çıktının azaltılması.

Girdiler aşağıdaki durumlar haricinde azaltılamamaktadır:

- Bir veya birden fazla sayıdaki çıktının azaltılması,
- Diğer bazı girdilerin azaltılması.

5.6.Referans Gruplarının Belirlenmesi

Veri Zarflama Analizi'nde etkinlik ölçümü, etkin olan ve etkin olmayan karar verme birimlerinin birbirleriyle göreceli olarak karşılaştırılması temeline dayanmaktadır. Analiz sonucunda etkin bulunan karar verme birimleri, etkin

⁴²⁹ BAKIRCI, a.g.e., s.84

⁴³⁰ AYDEMİR, a.g.e., s.89-90

olmayan birimler için referans grubunu oluşturmaktadır⁴³¹. Diğer bir deyişle, tüm karar verme birimlerinin etkinlik skorları birbirleriyle kıyaslanarak elde edildiği için etkin olmayan KVB'ler kendilerini etkin olan KVB'lere benzetme yoluna gitmektedir. Dolayısıyla etkin olan bu KVB'lerin oluşturduğu gruba referans (başvuru) kümesi adı verilmektedir. Referans kümesinde yer alan herhangi bir karar verme biriminin referans gücü, bu birimin etkin olmayan karar verme birimlerine referans gösterilme sayısı ile doğru orantılıdır⁴³².

5.7. Etkin Olmayan Karar Verme Birimleri İçin Stratejilerin Belirlenmesi

Analizin bu safhasında etkin olmayan karar verme birimleri için, başvuru kümesini oluşturan etkin karar verme birimleri referans alınarak stratejiler üretilmektedir. Bu şekilde etkin olmayan birimlerin etkinliğini sağlamaya yönelik çözümler geliştirilebilmektedir. Uygulamada Veri Zarflama Analizi'nin sağlamış olduğu en önemli kazanım, etkin olmayan birimlerin performanslarını iyileştirebilmeleri ve geliştirebilmeleri için gerçekleştirilebilir stratejiler ve hedefler belirlemesidir⁴³³.

Etkin olmayan birimlerin performanslarını iyileştirmeye yönelik belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesi sürecinde göz önünde bulundurulması gereken bir diğer önemli husus, analizin yapıldığı tarihtir. Etkinlik analizinin yapıldığı ve iyileştirme hedeflerinin tespit edildiği tarih 't' ise, söz konusu hedefleri gerçekleştirmek için iyileştirme ve geliştirme çalışmaları büyük ihtimalle 't+1' zamanda yapılacaktır. Yani bu çalışmalar belirli bir vakit alacaktır. Dolayısıyla, 't' zamanında belirlenen hedeflere bağlı kalmak demek, etkinlik değerinin söz konusu zaman dilimi içerisinde sabit kabul edildiği varsayımına dayanmaktadır⁴³⁴.

⁴³¹Francisco PEDRAJA-CHAPARRO, Javier Salinas JIMENEZ and P. SMITH, "On The Quality of the Data Envelopment Analysis Model", **Journal of the Operational Research Society**, Vol.50, (1999), s.639

⁴³²Özer DEPREN, "Veri Zarflama Analizi ve Bir Uygulama", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2008), s.28

⁴³³BAKIRCI, **a.g.e.**, s.78

⁴³⁴YOLALAN, **a.g.e.**, s.124

5.8. Sonuçların Değerlendirilmesi ve Yorumlanması

Analiz sonunda her bir karar verme birimi için tüm girdi ve çıktı değişkenleri göz önünde bulundurularak etkinlik skorları üzerine genel bir değerlendirme yapılmaktadır. Bu doğrultuda etkin ve etkin olmayan tüm KVB'ler için ortak bulgular incelenmektedir. Söz konusu KVB'lerin faaliyet gösterdiği sektör veya piyasanın genel durumu hakkında da tespit ve yorumlar yapılmaktadır. Gerçekleştirilen Veri Zarflama Analizi'nde hedeflenen sonuçlara ulaşılmasa dahi, analizde elde edilen bulgu ve bilgiler, daha sonra yapılacak araştırmalarda kullanılabilir. Bu sebeple, gelecekte yapılan çalışmalarda söz konusu karar verme birimlerine ilişkin önemli veriler sunmaktadır. Elde edilen bu veriler sonraki süreçte; ilgili referans kümesinin kullanımı, hedeflerin tespiti, etkin strateji ve çalışma uygulamalarının araştırılması, belirli bir zaman düzleminde etkinlik stratejilerinin takip edilmesi ve etkili kaynak paylaşımı gibi hususlarda da yapılacak değerlendirmelere yardımcı olmaktadır⁴³⁵.

6. Veri Zarflama Analizi Modelleri

Veri Zarflama Analizi, doğrusal programlama tekniğine dayanarak geliştirilmiştir. Bu sebeple doğrusal programlamanın temel prensiplerini içermektedir. VZA modelleri, belirli faktörler göz önünde bulundurularak, çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalar, ölçeğe göre getiri durumuna göre yapılmaktadır. Ölçeğe göre getiri durumu, ölçeğe göre sabit getiri ve ölçeğe göre değişken getiri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır⁴³⁶. Bu sınıflandırma çerçevesinde modeller; yönlendirmesiz, girdiye yönelik ve çıktıya yönelik olmak üzere 3 kategoride incelenmektedir⁴³⁷.

Yönlendirmeli modellerde girdi azaltmalı ve çıktı arttırmalı versiyonlar mevcuttur. Girdilerin azaltıldığı modelde, belirli bir çıktı düzeyini elde edebilmek için girdilerin ne kadar azaltılması gerektiği araştırılmaktadır. Çıktı arttırmalı

⁴³⁵ Aziz BOUSSOFIANE, Robert G. DYSON and Emmanuel THANNASSOULIS, "Applied Data Envelopment Analysis", **European Journal of Operational Research**, Vol.52, No.1, s.12-13

⁴³⁶ Timothy COELLI, "A Multi-Stage Methodology for the Solution of Orientated DEA Models", **Operations Research Letters**, Vol.23, No.3, (1998), s.145

⁴³⁷ Abraham CHARNES ve Diğerleri, **Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications**, 1st Edition, Boston: Kluwer Academic Publishings, 1994, s.66

modellerdeyse, söz konusu girdi bileşimiyle mümkün olan en fazla çıktı kümesini elde etmek amaçlanmaktadır⁴³⁸. Bu doğrultuda Veri Zarflama Analizi'nde modeller temelde girdiye yönelik ve çıktıya yönelik olarak iki yönlü uygulanmaktadır. Girdiye yönelik modelde, belirli bir çıktı kümesini etkin şekilde meydana getirebilmek için kullanılacak en uygun girdi kümesinin nasıl olması gerektiği analiz edilmektedir. Çıktıya yönelik modellerdeyse, belirli bir girdi kümesi kullanılarak maksimum ne kadar çıktı değişkeni elde edilebileceği araştırılmaktadır. Yani amaç söz konusu girdilerle çıktıları maksimize etmektir⁴³⁹.

Ölçeğe göre sabit getiri varsayımı çerçevesinde girdiye ve çıktıya yönelik modeller arasında, kesirli-ağırlıklı ölçüm tekniğini içeren CCR modelleri ile ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayanan BCC modelleri yer almaktadır⁴⁴⁰. CCR ve BCC modelleri, literatürde yaygın olarak kullanılan başlıca iki VZA modelidir. Ölçeğe göre sabit getiri varsayımına dayanan CCR modeli, ilk olarak 1978 yılında Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirmiştir. 1984 yılına gelindiğinde, Banker, Charnes ve Cooper; CCR modeli üzerinde bazı geliştirme ve revizyonlar yapmış ve ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayanan BCC modelini ortaya çıkarmıştır⁴⁴¹.

6.1. CCR Modeli

CCR Modeli, ilk kullanılan ve en temel VZA modelidir. 1978 yılında Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilmiş ve bu sebeple bu bilim adamlarının soyadlarının ilk harfleriyle kısaltılması yapılmıştır. CCR Modeli ölçeğe göre sabit getiri varsayımına dayanmaktadır⁴⁴². Kesikli bir programlama versiyonu olan CCR Modelinde etkinlik sınırı, orjinden başlayarak etkin olan KVB'lerin

⁴³⁸ Christian N. MADU and Chu-Hua KUEİ, "Application of Data Envelopment Analysis in Benchmarking", **International Journal of Quality Science**, Vol.3, No.4, (December 1998), s.147

⁴³⁹ERTUĞRUL ve IŞIK, **a.g.m.**, s.205-206

⁴⁴⁰ Nicole ADLER, Lea FRIEDMAN and Zilla SINUANY-STERN, "Review of Ranking Methods in the Data Envelopment Analysis Context", **European Journal of Operational Research**, Vol.140, No.2, (February 2002), s.250

⁴⁴¹ CHARNES ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.23

⁴⁴² Armağan TARIM, **Veri Zarflama Analizi: Matematiksel Programlama Tabanlı Görelî Etkinlik Ölçüm Yaklaşımı: İnceleme**, 1. Baskı, Ankara: T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2001, s.61

üzerinden geçen bir doğru ile gösterilmektedir. Modelin temel amacı, çarpan değerini tespit etmek olduğundan dolayı, çarpan modeli olarak da isimlendirilmektedir⁴⁴³.

CCR rasyosunda, KVB'lerin toplam etkinliği, ölçek etkinliği ve teknik etkinliği tek bir değerde toplanarak bir sonuç ortaya koyulmaktadır. Doğrusal programlama temelinde sanal çıktı ve girdi oranları maksimize edilerek ağırlıklar belirlenmektedir. Modelin 'n' kez çözülmesiyle, girdi ve çıktı ağırlıkları ve buna bağlı olarak etkinlik sınırı tespit edilmektedir⁴⁴⁴. KVB'lerin etkin sayılabilmesi için hem ölçek etkinliğine hem de teknik etkinliğe sahip olması gerekmektedir. CCR Modeli, Girdi Yönlü CCR ve Çıktı Yönlü CCR olmak üzere iki grupta tanımlanmaktadır⁴⁴⁵.

6.1.1.Girdi Yönlü CCR Modeli

Girdi yönlü CCR Modelinde çıktı değişkenlerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan en etkin çıktı bileşimine ulaşmak için girdilerin ne kadar azaltılması gerektiği araştırılmaktadır. Başka bir deyişle, en etkin çıktı bileşimini elde etmek için en uygun girdi kümesini oluşturmak amaçlanmaktadır. Girdi yönlü CCR Modeli, Veri Zarflama Analizi'nin temelini oluşturmuş, sonradan geliştirilen diğer modeller bu modelin yetersizliklerini telafi etmek amacıyla üretilmiştir⁴⁴⁶.

Modelin doğrusal olan denkleminde girdi değişkenlerinin ağırlıklı toplamı 1 ile kısıtlanmakta ve KVB'lerin ağırlıklı çıktı toplamını maksimize etmektedir. Bu sebeple etkinlik değeri 1'i aşmamaktadır. Herhangi bir karar verme biriminin göreceli etkinlik skorunun 1'e eşit olması durumunda, bu karar verme birimi etkin kabul edilmektedir. Söz konusu birimin etkinlik skoru 1'den küçük ise etkin

⁴⁴³ Aziz KUTLAR, Fatih YÜKSEL ve Fehim BAKIRCI, **Türkiye'de Belediyelerin Ekonomik Etkinliği ve Etkinliğe Etki Eden Faktörler Üzerine Bir Araştırma**, Ankara: Korza Yayıncılık, 2011, s.122-124

⁴⁴⁴ BAKIRCI, **a.g.e.**, s.144,

⁴⁴⁵ Hülya H. TÜTEK, Şevkinaz GÜMÜŞOĞLU ve Aslı ÖZDEMİR, **Sayısal Yöntemler Yönetimsel Yaklaşım**, 6. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayın, 2012, s.232

⁴⁴⁶ Kent MATTHEWS and Mahadzir İSMAİL, **Efficiency and Productivity Growth of Domestic and Foreign Commercial Banks in Malaysia**, Cardiff: Cardif Economics Working Papers, 2006, s.7

değildir. Bu durumda bu birimin etkin hale getirilebilmesi için referans grupları baz alınarak çeşitli stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir⁴⁴⁷.

θ^* Etkinlik skoru olmak üzere;

$\theta^* = 1$ ise ve artıklar 0 ise bu KVB etkindir,

$\theta^* < 1$ ise bu KVB etkin değildir.

Girdi Yönlü CCR modelinin Dual ve Primal versiyonları bulunmaktadır. Fakat etkin referans kümelerinin belirlenmesine katkı sağladığı için genellikle Dual Model tercih edilmektedir. Girdi Yönlü CCR Modeli; Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilen ilk model olduğundan dolayı kesirli bir programlama modelidir ve çözümlenmesi oldukça zordur. Bu sebeple, model sonradan tekrar düzenlenerek doğrusal programlamaya dönüştürülmüştür⁴⁴⁸.

6.1.2. Çıktı Yönlü CCR Modeli

Çıktı yönlü CCR Modellerinde, belirli girdilerle en fazla ne kadar çıktı değişkeni elde edilebileceği araştırılmaktadır. Yani girdi bileşenlerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan çıktıları maksimize etmek amaçlanmaktadır⁴⁴⁹. Bu modelde etkinliği hesaplanan KVB'lere ait girdilerin ağırlıklı ortalaması minimize edilmeye çalışılmaktadır. Kısıtlarda ise çıktıların ağırlıklı ortalamasının 1 olması sağlanmaktadır. Sonraki KVB'lerde, çıktıların ağırlıklı ortalaması girdilerin ağırlıklı ortalamasından küçük olacaktır. Böylece çıktı girdi oranları tüm KVB'ler için minimum 1 olmaktadır⁴⁵⁰. Dolayısıyla, herhangi bir karar verme biriminin göreceli etkinlik skorunun 1'e eşit olması durumunda, bu karar verme birimi etkin kabul edilmektedir. Söz konusu birimin etkinlik skoru 1'den büyük ise etkin değildir. Bu durumda bu birimin etkin hale getirilebilmesi için referans grupları baz alınarak çeşitli stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir⁴⁵¹.

θ^* Etkinlik skoru olmak üzere;

⁴⁴⁷ KUTLAR, YÜKSEL ve BAKIRCI, **a.g.e.**, s.123

⁴⁴⁸ COOPER, SEIFORD and TONE, **a.g.e.**, s.43

⁴⁴⁹ TARIM, **a.g.e.**, s.63

⁴⁵⁰ KEÇEK, **a.g.e.**, s.79

⁴⁵¹ GÜLCÜ, TUTAR ve YEŞİLYURT, **a.g.e.**, s.108

$\theta^* = 1$ ise ve artıklar 0 ise bu KVB etkindir,

$\theta^* > 1$ ise bu KVB etkin değildir.

6.2. BCC Modeli

BCC Modeli 1984 yılında Banker, Charnes ve Cooper tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayanmaktadır⁴⁵². BCC Modeli, CCR Modeli'nin bazı varsayımlarında çeşitli değişiklikler yapılmasıyla oluşturulmuştur. BCC Modeli, bir anlamda CCR Modelinin konvekslik kısıtı getirilmiş versiyonudur⁴⁵³. BCC Modeli'nin en belirgin özelliği ölçeğe göre değişken getiri prensibine dayalı olarak çalışıyor olmasıdır. Bu model kullanılarak tüm KVB'ler için ölçeğe göre getiri tipi belirlenebilmektedir⁴⁵⁴.

BCC sınırı, her zaman CCR sınırının altında bulunmaktadır. Bu sebeple, CCR Modelindeki etkinlik skoru BCC'deki etkinlik skorundan ya daha düşük ya da BCC skoruna eşit olmaktadır. Söz konusu etkinlik skoru, saf teknik etkinlik olarak nitelendirilmektedir. Bu modelde üretim üst sınırı, KVB'lerin meydana getirdiği 'içbükey zarf' ile çevrelenmektedir⁴⁵⁵.

CCR Modellerinde KVB'lerin toplam etkinlik skorları hesaplanmaktadır. Toplam etkinlik skoru ölçek etkinliği ile teknik etkinlik değerlerinin birbirine çarpımı ile bulunmaktadır. Teknik etkinlik, mevcut girdi bileşimiyle maksimum çıktı üretme sürecini ifade etmektedir. Ölçek etkinliği ise uygun ölçekte üretim yapma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. BCC Modeli, teknik etkinlik skorunu bulmak için geliştirilmiştir⁴⁵⁶.

BCC Modelleri de girdi yönlü ve çıktı yönlü modeller olarak ikiye ayrılmaktadır.

⁴⁵² Rajiv D. BANKER, Abraham CHARNES and William W. COOPER, "Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis", **Management Science**, Vol.30, No.9, (1984), s.1078

⁴⁵³ COOPER, SEIFORD and ZHU, **a.g.e.**, s.13

⁴⁵⁴ TÜTEK, GÜMÜŞOĞLU ve ÖZDEMİR, **a.g.e.**, s.236

⁴⁵⁵ COOPER, SEIFORD and TONE, **a.g.e.**, s.85

⁴⁵⁶ Erdal DİNÇER, "Veri Zarflama Analizi'nde Malmquist Endeksiyle Toplam Faktör Verimliliği Değişiminin İncelenmesi ve İMKB Üzerine Bir Uygulama", **Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt.25, Sayı.2, (2008), s.834

6.2.1. Girdi Yönlü BCC Modeli

Girdi yönlü BCC Modeli, Girdi Yönlü CCR Modeli'nin neredeyse aynıdır. BCC Modeli'nin CCR'dan tek farkı zarflama modeline konvekslik kısıtı getirilmiş olmasıdır. BCC'nin denkleminde, CCR'dan farklı olarak KVB'lerin almış olduğu yoğunluk değerlerinin toplamı 1'e eşittir. Diğer bir ifadeyle, CCR Modelinde orjin üzerinden geçen etkinlik doğrusu, BCC'de orjinden geçmek zorunda değildir. Modeller arasındaki tek fark budur. Bu özelliğin dışında CCR ve BCC Modellerinin girdi ve çıktı yönlü versiyonlarında herhangi bir farklılık yoktur⁴⁵⁷.

θ^* Etkinlik skoru olmak üzere;

$\theta^* = 1$ ise ve artıklar 0 ise bu KVB etkindir,

$\theta^* < 1$ ise bu KVB etkin değildir.

6.2.2. Çıktı Yönlü BCC Modeli

Çıktı Yönlü BCC Modeli, Tıpkı Girdi Yönlü BCC'de olduğu gibi Çıktı Yönlü CCR Modeliyle büyük oranda aynı yapıdadır. BCC Modeli'nin CCR'dan tek farkı zarflama modeline konvekslik kısıtı getirilmiş olmasıdır. Konvekslik kısıtı, söz konusu etkinlik sınırının ölçeğe göre değişken getiri özelliği taşımaya yol açmaktadır. Ölçeğe göre değişken getiri özelliği sebebiyle BCC Modelinde hesaplanan teknik etkinlik skorları girdi ve çıktı yönlendirmelerinde farklı değerler almaktadır. Halbuki CCR'da her iki yönlendirme türünde de elde edilen toplam etkinlik skorları aynı değerlere sahiptir⁴⁵⁸.

θ^* Etkinlik skoru olmak üzere;

$\theta^* = 1$ ise ve artıklar 0 ise bu KVB etkindir,

$\theta^* > 1$ ise bu KVB etkin değildir.

⁴⁵⁷ KEÇEK, a.g.e., s.76

⁴⁵⁸ Hüdaverdi BİRCAN, "Veri Zarflama Analizi İle Sivas İli Merkez Sağlık Ocaklarının Etkinliğinin Ölçülmesi", *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt.12, Sayı.1, (2011), s.337

7. Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Türkiye'deki Özel sağlık Sigortalarının Etkinlik Analizi

7.1. Uygulamanın Amacı ve Önemi

Son yıllarda sağlık sektörü ülkelerin ekonomilerinde daha büyük yer edinmeye başlamıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, Dünya genelinde toplam harcamalar içinde sağlık sistemine ayrılan pay her geçen yıl artış göstermektedir. OECD'nin verilerine göre, OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gayrisafi milli hasıla içindeki payı 2003 yılında ortalama %7,9 iken, 2019'a gelindiğinde bu oran %8,8'e yükselmiştir⁴⁵⁹. Özellikle 2020 yılında tüm Dünyayı etkisi altına alan Covid 19 pandemisinin patlak vermesiyle birlikte, sağlık harcamalarının finansmanı ve sağlık sigortası kavramı büyük ehemmiyet ve popülerlik kazanmıştır. Sağlık sigortacılığı, sağlık harcamalarının finansman yöntemlerinden birisi ve belki de en önemlisidir. Özel sağlık sigortaları ise sağlık sigortacılığında yaygın olarak tercih edilmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de özel sağlık sigortalarının rolü ve yaygınlığı sürekli olarak gelişme göstermektedir. Türkiye'de 2012 yılında özel sağlık sigortası yaptıran kişi sayısı yaklaşık 5,4 milyon iken, 2019 yılında bu sayı 7,2 milyona yükselmiştir⁴⁶⁰. Benzer şekilde, hastalık/sağlık branşında 2010 yılında brüt prim üretimi yaklaşık 1,67 milyar Lira iken, 2019 yılında bu miktar neredeyse 5 katına çıkarak 8,05 milyar TL'ye ulaşmıştır⁴⁶¹. Özel sağlık sigortalarının böylesine yaygınlık göstermesi, sigorta şirketlerinin faaliyetlerinde etkinlik ve verimlilik durumlarını gündeme getirmiştir.

1990 yılında sigorta sektöründe serbest tarifeye geçilmesiyle birlikte, sektör daha dinamik bir yapıya kavuşmuştur. Sigorta şirketleri, serbest piyasa şartlarında yoğun bir rekabet ortamında faaliyet göstermektedir. Sıkı rekabet koşulları sebebiyle, sigorta şirketleri sektördeki yerlerini görmek ve kendilerini diğer şirketlerle karşılaştırmak amacıyla performans değerlendirmesi ve etkinlik ölçümü

⁴⁵⁹ OECD, Data, Health Spending, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (12/03/2021),

⁴⁶⁰ T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2019, 2020, Tablo 37 ve Tablo 43

⁴⁶¹ Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Sağlık Analizleri 2010 – 2020, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (23/01/2021)

yapmaktadır. Şirketler etkinlik ölçümü yaparak kaynaklarını ne kadar verimli kullanabildiklerini, faaliyetlerini hangi düzeyde etkin yürüttüklerini ve işletme hedeflerine ulaşıp ulaşamadıklarını tespit ve analiz edebilmektedir⁴⁶².

Özel sağlık sigortası şirketleri de aynı şekilde, performans değerlendirmesi yapmak suretiyle rakipleriyle karşılaştırmalı olarak kendi güçlü ve zayıf yönlerini inceleyebilmektedir. Bu sayede, zayıf veya yetersiz kaldıkları alanlarda gerekli düzeltme ve iyileştirmeleri yaparak yoğun rekabetin hakim olduğu piyasa koşullarında daha başarılı şekilde faaliyet yürütebilmektedir⁴⁶³.

Bu çalışmada 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarında faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin hastalık/sağlık branşındaki etkinliklerini ölçmek ve değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, bahsi geçen 4 yılın tamamında hastalık/sağlık branşında prim üretimi yapan 31 sigorta şirketinin özel sağlık sigortası etkinlik analizleri yapılmış ve akabinde etkin olmayan sigorta şirketleri için etkin şirketler baz alınarak referans grupları oluşturulmuştur. Analiz neticesinde etkinlik skorları yorumlanmış ve ilgili çıkarımlar yapılarak etkin olmayan şirketler için stratejiler ve öneriler ileri sürülmüştür. Uygulamanın sonunda analizden elde edilen bulgular ışığında, Türkiye’de özel sağlık sigortası hizmeti veren sigorta şirketlerinin etkinlik düzeylerini arttırmaya yönelik çeşitli görüş ve argümanlar öne sürmek hedeflenmiştir.

7.2. Uygulamanın Yöntemi ve Kapsamı

Çalışmada sigorta şirketlerinin bahsi geçen yıllardaki hastalık/sağlık branşı etkinliklerini ölçmek amacıyla Veri Zarflama Analizi kullanılmıştır. Veri Zarflama Analizi, çok sayıdaki girdi ve çıktı değişkenine dayalı, göreceli etkinlik ölçümünde yaygın olarak tercih edilen tekniklerden biridir. Bu yöntemde birbirleriyle karşılaştırılabilir nitelikteki karar verme birimleri arasında en etkin

⁴⁶² Mitra Salimi ALTAN, “Türk Sigortacılık Sektöründe Etkinlik: Veri Zarflama Analizi Yöntem İle Bir Uygulama”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.12, Sayı.1, (2010), s.189

⁴⁶³ Serdar KILIÇKAPLAN ve Feride HAYIRSEVER BAŞTÜRK, “Türkiye’de Hayat-Dışı Alanda Faaliyet Gösteren Sigorta Şirketlerinin 2002 Yılındaki Etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi (VZA) İle Ölçülmesi”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.6, Sayı.2, (2004), s.64

birimler, etkinlik sınırını belirlemektedir. Etkin olmayan karar verme birimleri ise bu etkinlik sınırına göre değerlendirilmektedir. Yöntemin temel prensibi gereği, analiz sonucunda her bir karar verme birimi için 0 ile 1 arasında bir etkinlik skoru hesaplanmaktadır. Etkinlik değeri 1'e eşit olan yani %100 olan birim, etkin kabul edilmektedir. Etkinlik skoru 1'den küçük olan KVB'ler ise etkin değildir. Etkin olmayan birimler, oluşturulan referans grupları içinde yer alan etkin KVB'leri model olarak onlara benzemeye çalışmaktadır⁴⁶⁴.

VZA'da karşılaştırmalı etkinlik analizi gerçekleştirildiğinden dolayı, veri setinde yer verilen karar verme birimlerinin birbiriyle ilişkili ve homojen yapıda olmaları, uygulamanın doğru sonuçlar vermesi bakımından büyük önem arz etmektedir⁴⁶⁵. Yöntemin yapısı itibarıyla, söz konusu KVB'lerin aynı koşullar altında, aynı hedef ve amaçlara yönelik faaliyet gösteren ve benzer işlevlere sahip birimler olması gerekmektedir. Dolayısıyla, analizin uygulanmasında öncelikle benzer kararların tatbik edildiği ve birbirlerine benzer organizasyon yapısına sahip türdeş karar verme birimlerinin seçilmesi kilit rol oynamaktadır⁴⁶⁶.

Bu çalışmada etkinlik ölçümü için yöntem olarak Veri Zarflama Analizi'nin seçilmesinin başlıca sebebi, çok sayıdaki girdi ve çıktı değişkeninin aynı anda kullanılabilir olmasıdır. VZA'da birbiriyle ilişkili tüm girdi çıktı parametreleri, veri setine dahil edilebilmekte ve herhangi bir veriyi dışarıda bırakmak zorunda kalmadan etkinlik skoru sorunsuz şekilde hesaplanabilmektedir. Araştırmada kullanılan veriler, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından her sene yayınlanan Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Raporlardan alınarak derlenmiştir. Analiz neticesinde etkinlik skoru 1'e eşit olan KVB'ler, görece olarak etkin olan şirketlerdir. Etkinlik değeri 0 ile 1 arasında çıkan şirketler ise etkin olmayan şirketleri ifade etmektedir.

⁴⁶⁴ Abraham CHARNES, William W. COOPER and Edwardo Lao RHODES, "Evaluating Program and Managerial Efficiency: An Application of Data Envelopment Analysis to Program Follow Through", **Management Science**, Vol.27, No.6, (1981), s. 661

⁴⁶⁵ Wade D. COOK and Lawrence M. SEIFORD, "Data Envelopment Analysis (DEA) – Thirty Years On", **European Journal of Operational Research**, Vol.192, No.1, (January 2009), s.1-2

⁴⁶⁶ İclal ATTİLA ve Yaşar KABATAŞ, "Türkiye'de Bilişim Sektöründe Faaliyet Gösteren İşletmelerin Finansal Performanslarının Değerlendirilmesi Veri Zarflama Analizi Uygulaması", **Vergi Sorunları Dergisi**, Cilt.38, Sayı.327, s.169

Veri zarflama Analizi'nde etkinlik skorunun ölçümü ve modelin belirlenmesinde birçok doğrusal paket programı kullanılabilir. Ayrıca bu amaçla yararlanılan bazı yazılımlar da bulunmaktadır. Bu çalışmada etkinlik analizi için Microsoft Windows İşletim Sistemi üzerinde çalıştırılabilen ve kullanımı oldukça kolay olan Win4Deap2 paket programı kullanılmıştır. Sigorta şirketlerine ait tüm veriler Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Raporlardan alınarak programdaki ilgili veri seti kısmına girilmiş ve analiz modeli belirlenerek etkinlik değerlerine ulaşılmıştır. Analizde çıktıya yönelik CCR modeli tercih edilmiştir.

7.3. Karar Verme Birimlerinin Seçimi (Gözlem Kümesinin Belirlenmesi)

Veri Zarflama Analizi'nin uygulanmasında ilk aşama, aynı ya da benzer türdeki girdileri kullanarak yine benzer çıktılar elde eden karar verme birimlerinin belirlenmesidir. Karar verme birimleri; göreceli etkinlikleri analiz edilen banka, sigorta şirketi, okul veya hastane gibi ekonomik faaliyet yürüten çeşitli işletme, firma, kurum ve organizasyonları ifade etmektedir. Söz konusu karar verme birimleri, faaliyet yöntemleri ve üretim teknolojileri bakımından birbirlerine benzer olmalıdır. Çünkü göreceli etkinliğin ölçülebilmesi ve etkinlik düzeylerinin karşılaştırılabilmesi için, birbirine yakın üretim alanlarında faaliyet yürüten ve aynı işletmecilik kararlarının uygulandığı türdeş ve homojen KVB'lerin mukayese edilmesi gerekmektedir⁴⁶⁷.

Analize dahil edilecek KVB'lerin sayısı ile girdi-çıktı değişkenlerini oluşturan veri setinin büyüklüğü arasında doğrudan ilişki bulunmaktadır. Etkinlik ölçümünde analiz sonuçlarının doğru ve anlamlı sonuçlar vermesi bakımından KVB'lerin sayısı, girdi-çıktı değişkenlerinin sayısı göz önünde bulundurularak optimal miktarda seçilmelidir. Araştırmada kullanılacak minimum karar verme birimi sayısının en az kaç tane olması gerektiğine ilişkin literatürde çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Boussofiane, Dyson ve Thanassoulis'e (1991) göre minimum KVB sayısı, girdi ve çıktı değişkenleri sayısının çarpımları kadar

⁴⁶⁷ YOLALAN, a.g.e., s.37

olmalıdır⁴⁶⁸. Golany ve Roll (1998), KVB sayısının en az girdi ve çıktıların toplamının 2 katı kadar olması gerektiğini ileri sürmüştür⁴⁶⁹. Friedman ve Sinuany-Stern'in (1998) yaklaşımına göre minimum KVB sayısı, girdi ve çıktıların toplamının 3 katı olmalıdır⁴⁷⁰. Dyson ve Diğerleri (2001) ise araştırmada girdi-çıktıların çarpımlarının en az 2 katı kadar KVB kullanılması gerektiğini savunmuştur⁴⁷¹.

Bu çalışmada 4 girdi ve 2 çıktı değişkeni kullanılarak 31 karar verme biriminin etkinliği ölçülmüştür. Çalışmanın KVB'leri, Türkiye'de faaliyet gösteren ve 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarının tamamında hastalık/sağlık branşında prim üretimi gerçekleştirmiş 31 sigorta şirkettir. Dolayısıyla karar verme birimlerinin sayısı, yukarıda sözü edilen farklı teori ve yaklaşımlara uygun olarak yeterli sayıda ve optimal şekilde belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, araştırmada yer verilen KVB sayısı, analizin yapılabilmesi için gerek duyulan minimum kriterleri fazlasıyla karşılamaktadır.

⁴⁶⁸ BOUSSOFIANE, DYSON ve THANNASSOULIS, **a.g.m.**, s.14

⁴⁶⁹ Boaz GOLANY and Y. ROLL, "An Application Procedure For DEA", **Omega**, Vol.1, No.3, (1989) s.241

⁴⁷⁰ Lea FRIEDMAN and Zilla SINUANY-STERN, "Combining Ranking Scales and Selecting Variables in the DEA Context: The Case of Industrial Branches", **Elsevier Science**, Vol.25, No.9, (1998), s.784

⁴⁷¹ DYSON ve Diğerleri, **a.g.m.**, s.246

Tablo 12: Çalışmada Etkinlikleri Analiz Edilen Karar Verme Birimleri

Şirket Kodu	Şirket Adı	Şirket Kodu	Şirket Adı
KVB 1	Aksigorta	KVB 17	Gulf
KVB 2	Allianz	KVB 18	Güneş Sigorta
KVB 3	Anadolu Sigorta	KVB 19	Halk Sigorta
KVB 4	Ankara Sigorta	KVB 20	HDI
KVB 5	Axa	KVB 21	Mapfre
KVB 6	Bereket (Işık)	KVB 22	Mapfre Yaşam
KVB 7	Bupa Acıbadem	KVB 23	Neova
KVB 8	Chubb (ACE)	KVB 24	Orient
KVB 9	Corpus (Turkland)	KVB 25	Ray Sigorta
KVB 10	Demir Hayat	KVB 26	Şeker Sigorta (SBN)
KVB 11	Doğa Sigorta	KVB 27	Sompo Japan
KVB 12	Dubai Starr	KVB 28	Türk Nippon
KVB 13	Ethica	KVB 29	Unico
KVB 14	Eureko	KVB 30	Ziraat
KVB 15	Generali	KVB 31	Zurich
KVB 16	Groupama		

7.4. Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi

Bir etkinlik ölçüm yöntemi olarak Veri Zarflama Analizi, kullanılan girdi ve çıktı bileşiminin seçimine ve veri hatalarına karşı oldukça duyarlı ve hassastır. Bu sebeple, analizde kullanılacak girdi ve çıktı değişkenlerinin belirlenmesi sürecinde son derece titiz ve dikkatli hareket etmek gerekmektedir. Buna ek olarak, seçilen girdi ve çıktılar birbiriyle ilişkili ve türdeş olmalıdır. Sadece nedensel olarak birbirleriyle bağlantılı olan girdi ve çıktılar veri setine dahil edilmelidir. Girdi-çıktı değişkenlerinin homojen ve benzer yapıda olması, etkinlik skorlarını ve analizin anlamlı sonuçlar vermesini doğrudan etkilemektedir⁴⁷². Aynı karar verme birimleri için farklı özellikteki girdi-çıktı parametrelerinin seçilmesi, etkinlik skorlarını tamamıyla değiştirebilmektedir. Başka bir deyişle, üretim süreciyle nedensellik ilişkisi bulunan herhangi bir girdi veya çıktının göz ardı

⁴⁷² Serdar KILIÇKAPLAN ve Gaye KARPAT, “Türkiye Hayat Sigortası Sektöründe Etkinliğin İncelenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt.19, Sayı.1, (2004), s.7

edilmesi, söz konusu girdi veya çıktıyı kullanan KVB'lerin etkinlik değerlerinin azalmasına yol açabilmektedir⁴⁷³.

Diğer yandan, analize dahil edilecek girdi ve çıktı değişkenlerinin sayısı da büyük önem taşımaktadır. Kullanılan girdi ve çıktıların sayısı arttıkça KVB'lerin etkinlik değerleri de artmaktadır. Fakat modele gereğinden fazla girdi-çıkıtı eklenmesi, etkin olan ve etkin olmayan KVB'lerin birbirinden ayırt edilmesini ve karşılaştırmalı analiz yapılmasını zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla, analizde yer verilen birimlerin gerçek etkinlik değerleri ölçülemeyebilmektedir. Girdi ve çıktıların sayıca artması, KVB'lerin de sayısında artış yapılmasını gerektirmektedir. Bu durum da analizin homojen yapısına zarar vermektedir⁴⁷⁴. Benzer şekilde girdi ve çıktı sayısının gerekenden az olması da analizin yanıltıcı sonuçlar vermesine sebep olabilmektedir. Uygulamada girdi ve çıktı sayısının toplamının KVB'lerin sayısından az olması temel prensiptir. Görüldüğü gibi girdi ve çıktı değişkenlerinin belirlenmesi ve veri setinin hazırlanması süreci, analizin en kritik kısımlarından birini teşkil etmektedir⁴⁷⁵.

Sigortacılık sektöründe faaliyet gösteren şirketlerin etkinlik analizinde kullanılacak girdi ve çıktı değişkenlerinin belirlenmesine yönelik, literatürde bazı yaklaşımlar söz konusu olmuştur. Buna göre, sigorta şirketlerinin Veri Zarflama Analizi ile etkinlik ölçümünde kullanılan temel girdiler emek, fiziksel sermaye ve finansal sermayedir. Bu girdiler aynı zamanda sigortacılıktaki başlıca üretim faktörlerini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda; acente sayısı, sabit varlıklar, likit aktifler, özkaynaklar ve teknik karşılıklar girdi değişkenleri olarak sıklıkla kullanılmaktadır⁴⁷⁶. Çıktıların belirlenmesinde ise farklı görüşler ileri sürülmekle

⁴⁷³ Sinem ÖZBEK, Sigorta Şirketlerinin Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi İle İncelenmesi", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007), s.81

⁴⁷⁴H. David SHERMAN, "Data Envelopment Analysis As A New Managerial Audit Methodology – Test and Evaluation", **Journal of Practice and Theory**, Vol.4, No.1, (1984), s.42

⁴⁷⁵ COOK ve SEIFORD, **a.g.m.**, s.4

⁴⁷⁶ J. David CUMMINS, Giuseppe TURCHETTI and Mary A. WEISS, "Productivity and Technical Efficiency in the Italian Insurance Industry", **The Wharton Financial Institutions Center**, Vol.96, (1996), s.18

birlikte, yaygın kabul gören yaklaşıma göre prim üretimleri, teknik kar ve mali kar verileri başlıca çıktı değişkenleri olarak tercih edilmektedir⁴⁷⁷.

Bahsi geçen bilgiler ışığında ve literatürde yaygın kabul gören bilimsel yaklaşımlara paralel olarak; bu çalışmada 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarında Türkiye’de hastalık/sağlık branşında prim üretimi yapmış 31 sigorta şirketinin personel sayısı, bankalar hariç acente sayısı, duran varlıklar ve toplam özsermaye verileri girdi parametreleri olarak kullanılmıştır. Prim üretimleri ve teknik kar verileri ise çalışmanın çıktı değişkenlerini oluşturmaktadır. Literatürde bu alanda yapılmış diğer benzer çalışmalarla mukayese edilebilir olması bakımından söz konusu girdi-çıktı kümesi seçilmiştir. Söz konusu 31 sigorta şirketine ait tüm girdi ve çıktı verileri, T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu tarafından periyodik olarak yayınlanan 2017, 2018, 2019 ve 2020 tarihli ‘Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor’ başlıklı yıllık raporlardan temin edilmiştir.

Etkinlik analizi yapılan sigorta şirketlerine ait girdi ve çıktı değişkenlerini içeren detaylı veri setleri tablolar halinde Ekler bölümünde sunulmuştur.

Tablo 13: Analizde Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri

GİRDİLER	ÇIKTILAR
Personel Sayısı	Sağlık/Hastalık Branşı Prim Üretimleri
Acente Sayısı (Bankalar Hariç)	Sağlık/Hastalık Branşı Teknik Kar/Zarar
Duran Varlıklar	
Toplam Özsermaye	

7.5. Verilerin Elde Edilebilirliği ve Güvenilirliği

Daha önce de belirtildiği gibi, Veri Zarflama Analizi’nin sonuçları veri hatalarına ve değişkenlerin seçimine karşı son derece duyarlıdır. Bu sebeple, analizin doğru yapılabilmesi ve etkinliği araştırılan şirketlere fayda ve katkı sağlaması açısından, verilerin güvenilir kaynaklardan temin edilmesi büyük önem taşımaktadır.

⁴⁷⁷Lisa A. GARDNER and Martin F. GRACE, “X-Efficiency in the U.S. Life Insurance Industry”, *Journal of Banking & Finance*, Vol.17, No.2-3, (April 1993), s.501-502

Çalışmaya konu edilen sigorta şirketlerine ait tüm girdi ve çıktı verileri, T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu tarafından periyodik olarak yayınlanan 2016, 2017, 2018 ve 2019 tarihli ‘Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor’ başlıklı yıllık raporlardan temin edilmiştir. Bu bakımdan kullanılan veriler güvenilirlerdir. Ayrıca, söz konusu rapor her sene Hazine ve Maliye Bakanlığı’nın web sitesinde tüm internet kullanıcılarının erişimine açık şekilde yayımlandığından dolayı verilere ulaşmada herhangi bir engel ya da güçlük bulunmamaktadır.

7.6. Analiz Modelinin Belirlenmesi

Veri Zarflama Analizi’nde modeller temelde girdiye yönelik ve çıktıya yönelik olarak iki yönlü uygulanmaktadır. Girdiye yönelik modelde, belirli bir çıktı kümesini etkin şekilde meydana getirebilmek için kullanılacak en uygun girdi kümesinin nasıl olması gerektiği analiz edilmektedir. Çıktıya yönelik modellerdeyse, belirli bir girdi kümesi kullanılarak maksimum ne kadar çıktı değişkeni elde edilebileceği araştırılmaktadır. Yani amaç söz konusu girdilerle çıktıları maksimize etmektir⁴⁷⁸.

Ölçeğe göre sabit getiri varsayımı çerçevesinde girdiye ve çıktıya yönelik modeller arasında, kesirli-ağırlıklı ölçüm tekniğini içeren CCR modelleri ile ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayanan BCC modelleri yer almaktadır⁴⁷⁹. CCR ve BCC modelleri, literatürde yaygın olarak kullanılan başlıca iki VZA modelidir. CCR rasyosunda, KVB’lerin toplam etkinliği, ölçek etkinliği ve teknik etkinliği tek bir değerde toplanarak bir sonuç ortaya koyulmaktadır. KVB’lerin etkin sayılabilmesi için hem ölçek etkinliğine hem de teknik etkinliğe sahip olması gerekmektedir⁴⁸⁰.

BCC Modeli, CCR Modeli’nin bazı varsayımlarında çeşitli değişiklikler yapılmasıyla oluşturulmuştur. BCC Modeli, bir anlamda CCR Modelinin konvekslik kısıtı getirilmiş versiyonudur⁴⁸¹. BCC Modeli’nin en belirgin özelliği, ölçeğe göre

⁴⁷⁸ERTUĞRUL ve IŞIK, **a.g.m.**, s.205-206

⁴⁷⁹ ADLER, FRIEDMAN and SINUANY-STERN, **a.g.m.** s.250

⁴⁸⁰TÜTEK, GÜMÜŞOĞLU ve ÖZDEMİR, **a.g.e.**, s.232

⁴⁸¹ COOPER, SEIFORD and ZHU, **a.g.e.**, s.13

değişken getiri prensibine dayalı olarak çalışıyor olmasıdır. Bu model kullanılarak tüm KVB'ler için ölçeğe göre getiri tipi belirlenebilmektedir⁴⁸².

BCC sınırı, her zaman CCR sınırının altında bulunmaktadır. Bu sebeple, CCR Modelindeki etkinlik skoru BCC'deki etkinlik skorundan ya daha düşük ya da BCC skoruna eşit olmaktadır. Söz konusu etkinlik skoru, saf teknik etkinlik olarak nitelendirilmektedir. Bu modelde üretim üst sınırı, KVB'lerin meydana getirdiği 'içbükey zarf' ile çevrelenmektedir⁴⁸³.

CCR Modellerinde KVB'lerin toplam etkinlik skorları hesaplanmaktadır. Toplam etkinlik skoru ölçek etkinliği ile teknik etkinlik değerlerinin birbirine çarpımı ile bulunmaktadır. Teknik etkinlik, mevcut girdi bileşimiyle maksimum çıktı üretme sürecini ifade etmektedir. Ölçek etkinliği ise uygun ölçekte üretim yapma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. BCC Modeli, teknik etkinlik skorunu bulmak için geliştirilmiştir⁴⁸⁴.

Bu çalışmada KVB'lerin etkinlik analizi için çıktıya yönelik CCR Modeli uygulanmıştır. Sigorta şirketleri kar amacı güden birimler olduğundan dolayı, faaliyetlerinde girdilerini azaltmaktan ziyade çıktılarını maksimize etmeyi hedeflemektedir. Bu sebeple çıktı yönlü analiz modeli tercih edilmiştir. Çıktı yönlü CCR Modellerinde, belirli girdilerle en fazla ne kadar çıktı değişkeni elde edilebileceği araştırılmaktadır. Yani girdi bileşenlerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan çıktıları maksimize etmek amaçlanmaktadır⁴⁸⁵.

7.7. Etkinlik Değerlerinin Ölçülmesi ve Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde söz konusu 31 sigorta şirketinin 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarında hastalık/sağlık branşındaki etkinlikleri analiz edilmiştir. Bu doğrultuda, Veri Zarflama Analizi'nin çıktı yönlü CCR modeli uygulanarak etkinlik skorları tespit edilmiş ve bulgular paylaşılmıştır. Aşağıdaki Tablo 14'te analize dahil edilen 31 sigorta şirketinin 2016, 2017, 2018 ve 2018 yıllarına ait etkinlik skorları sunulmuştur.

⁴⁸² TÜTEK, GÜMÜŞOĞLU ve ÖZDEMİR, **a.g.e.**, s.236

⁴⁸³ COOPER, SEIFORD and TONE, **a.g.e.**, s.85

⁴⁸⁴ DİNÇER, **a.g.m.**, s.834

⁴⁸⁵ TARIM, **a.g.e.**, s.63

Tablo 14: Sigorta Şirketlerinin Yıllara Göre Etkinlik Skorları

	Şirket Adı	2016	2017	2018	2019
1	Aksigorta	0,194	0,241	0,256	0,237
2	Allianz	0,406	0,625	0,652	0,568
3	Anadolu Sigorta	0,149	0,148	0,162	0,203
4	Ankara Sigorta	0,392	0,756	0,613	0,811
5	Axa	0,155	0,228	0,349	0,253
6	Bereket (Işık)	0,160	0,333	0,324	0,386
7	Bupa Acıbadem	1	1	1	1
8	Chubb (ACE)	0,457	1	1	1
9	Corpus (Türkland)	0,817	1	1	1
10	Demir Hayat	1	1	1	1
11	Doğa Sigorta	0,145	0,223	0,300	0,422
12	Dubai Starr	0,269	0,766	0,966	1
13	Ethica	0,322	0,751	0,796	0,805
14	Eureko	0,076	0,094	0,088	0,037
15	Generali	0,125	0,311	0,397	0,371
16	Groupama	0,203	0,249	0,247	0,237
17	Gulf	1	0,393	0,356	0,376
18	Güneş Sigorta	0,108	0,081	0,105	0,243
19	Halk Sigorta	0,126	0,289	0,282	0,284
20	HDI	0,075	0,173	0,128	0,153
21	Mapfre	0,280	0,204	0,283	0,340
22	Mapfre Yaşam	0,734	0,838	0,908	1
23	Neova	0,119	0,204	0,184	0,235
24	Orient	1	0,598	0,607	0,760
25	Ray Sigorta	0,127	0,185	0,109	0,172
26	Şeker Sigorta (SBN)	0,303	0,685	0,668	0,694
27	Sompo Japan	0,115	0,225	0,241	0,163
28	Türk Nippon	0,437	0,739	0,774	0,829
29	Unico	0,213	0,307	1	0,669
30	Ziraat	1	1	1	1
31	Zurich	0,133	0,308	0,328	0,522
	ORTALAMA	0,375	0,482	0,520	0,541
	Etkin Şirket Sayısı	5	5	6	7

Tablo 14’te sigorta şirketlerinin çıktı yönlü CCR modelde yıllara göre etkinlik skorları verilmiştir. Buna göre; Bupa Acıbadem, Demir Hayat ve Ziraat Sigorta şirketleri 4 yılın tamamında etkin olmuştur. Chubb ile Corpus şirketleri 2016 haricindeki diğer yıllarda etkindir. 2016 yılında Bupa Acıbadem, Demir Hayat, Gulf,

Orient ve Ziraat etkinlik skoru 1 olan 5 şirketi oluşturmaktadır. HDI 0,075 ve Eureko 0,076 etkinlik skorları ile göreceli etkinlikleri en düşük olan şirketler olarak gözlemlenmektedir. Ayrıca 0,375 ortalama ile 2016 yılı, genel etkinlik ortalaması 4 yıl içindeki en düşük olan yıl olmuştur.

2017 yılında Bupa Acıbadem, Chubb, Corpus, Demir Hayat ve Ziraat şirketleri etkindir. Güneş Sigorta 0,081 ve Eureko 0,094 skorları ile en etkinsiz şirketlerdir. Söz konusu yılda genel etkinlik ortalaması 0,482 olmuş ve 2016'ya göre az da olsa bir artış gerçekleşmiştir.

2018 yılında gelindiğinde ise, bir önceki yılda da etkin olan Bupa Acıbadem, Chubb, Corpus, Demir Hayat ve Ziraat şirketlerinin yanı sıra Unico'nun da etkin olduğu görülmektedir. Eureko 0,088 etkinlik değeri ile bu yılın en az etkin olan şirkettir. Ayrıca 2018'de 31 şirketin genel etkinlik ortalaması 0,520'ye yükselmiştir.

2019'da, bir önceki yılda da etkin olan Bupa Acıbadem, Chubb, Corpus, Demir Hayat ve Ziraat şirketlerine ek olarak Mapfre Yaşam ve Dubai Starr etkin şirketlerdir. 0,037 skoruyla Eureko yine etkinliği en düşük şirket olmuştur. Ayrıca 2016'da 0,375 olan genel etkinlik ortalamasının 4 yıl boyunca sürekli artarak 2019'da 0,541'e yükseldiği görülmektedir. 2016 ve 2017'de 5 olan etkin şirket sayısı 2018'de 6'ya çıkmış 2019'da ise 7 olmuştur. Etkin olmayan sigorta şirketlerinin kaynaklarını yeterince etkin kullanamaması veya kaynak kullanımında israfa gitmesi söz konusu olabilmektedir. Veri Zarflama Analizi ile etkinlik düzeylerinin ölçülmesinde, birimlerin daha az girdi bileşimi ile aynı çıktıyı üretmesi ya da girdi miktarları sabit iken çıktı miktarını arttırması hedeflenmektedir.

7.8. Yıllara Göre Etkinlik Skorları, Referans Grupları ve İyileştirmeler

Çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde, tüm sigorta şirketlerine ait etkinlik skorları, referans grupları, referans alma oranları ve etkin olmayan şirketlerin girdi-çıktı değişkenlerinde yapılması gereken değişim miktarları (iyileştirmeler), her bir yıl için ayrı ayrı düzenlenmiş ve sunulmuştur.

7.8.1. 2016 Yılı Analiz Sonuçları

Veri Zarflama Analizi'nde etkin olmayan karar verme birimlerinin etkin hale gelebilmesi için, başvuru gruplarında yer alan etkin karar verme birimlerini baz alarak girdi ve çıktı değişkenlerinde yapmaları gereken değişiklikler yüzdesel olarak hesaplanabilmektedir. Başvuru grupları sadece etkin şirketlerden oluşmaktadır. Etkin olmayan birimler, başvuru grubunda yer alan etkin birimleri belirli oranlarda referans alarak etkin olabilmektedir. Dolayısıyla etkin olmayan şirketlerin hangi etkin şirketleri referans alması gerektiği ve referans (yani örnek alma) oranı başvuru gruplarında yer almaktadır. Böylece aynı girdi-çıkı kombinasyonlarında gerekli değişiklikleri yaparak, etkin olmayan şirketleri etkin duruma getirmek mümkün olmaktadır.

Aşağıda Tablo 15'te Win4deap2 paket programında yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgulara göre sigorta şirketlerinin 2016 yılı etkinlik skorlarıyla birlikte, etkin olmayan şirketler için referans grupları, etkin şirketleri referans alma oranları (Lambda Ağırlıkları) ve etkin şirketlerin referans olma sayıları verilmiştir.

Tablo 15: 2016 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları

	Şirket Adı	2016 Etkinlik Skoru	Referans Grupları (Benchmarks) ve Lambda Ağırlıkları	Referans Olma Sayısı
1	Aksigorta	0,194	Gulf (3,59), Orient (1,52),Bupa Acıbadem (1,54)	0
2	Allianz	0,406	Bupa Acıbadem (4,98), Gulf (5,76)	0
3	Anadolu Sigorta	0,149	Gulf (4,06), Bupa Acıbadem (3,74)	0
4	Ankara Sigorta	0,392	Gulf (4,65), Bupa Acıbadem (0,10)	0
5	Axa	0,155	Gulf (3,78), Bupa Acıbadem (2,23)	0
6	Bereket	0,160	Orient (0,05), Gulf (6,28)	0
7	Bupa Acıbadem	1	Bupa Acıbadem (1,00)	18
8	Chubb	0,457	Gulf (2,29)	0
9	Corpus	0,817	Orient (0,31), Gulf (0,91)	0
10	Demir Hayat	1	Demir Hayat (1,00)	3
11	Doğa Sigorta	0,145	Demir Hayat (0,21), Bupa Acıbadem (0,04), Orient (0,45), Gulf (6,18),	0
12	Dubai Starr	0,269	Orient (0,50), Demir Hayat (0,07), Gulf (3,26)	0
13	Ethica	0,322	Gulf (3,17)	0
14	Eureko	0,076	Ziraat (0,36), Bupa Acıbadem (1,72)	0
15	Generali	0,125	Demir Hayat (0,23), Orient (1,10), Gulf (6,91)	0
16	Groupama	0,203	Bupa Acıbadem (0,88), Orient (0,21), Gulf (8,61)	0
17	Gulf	1	Gulf (1,00)	25
18	Güneş Sigorta	0,108	Orient (0,53), Bupa Acıbadem (1,49), Gulf (7,15)	0
19	Halk Sigorta	0,126	Bupa Acıbadem (0,29), Gulf (9,22)	0
20	HDI	0,075	Gulf (14,25), Bupa Acıbadem (0,15)	0
21	Mapfre	0,280	Gulf (3,54), Bupa Acıbadem (2,11)	0
22	Mapfre Yaşam	0,734	Gulf (1,30), Orient (0,10)	0
23	Neova	0,119	Gulf (8,62)	0
24	Orient	1	Orient (1,00)	12
25	Ray Sigorta	0,127	Orient (1,46), Bupa Acıbadem (0,15), Gulf (6,49)	0
26	Şeker Sigorta	0,303	Gulf (3,38), Bupa Acıbadem (0,02)	0
27	Sompo Japan	0,115	Gulf (18,58), Bupa Acıbadem (0,50)	0
28	Türk Nippon	0,437	Gulf (2,74), Bupa Acıbadem (0,06)	0
29	Unico	0,213	Gulf (3,74), Orient (1,41), Bupa Acıbadem (0,02)	0
30	Ziraat	1	Ziraat (1,00)	1
31	Zurich	0,133	Gulf (8,08), Orient (0,40), Bupa Acıbadem (0,30)	0
	ORTALAMA	0.375		

Tablo 15’te, 2016 yılında Bupa Acıbadem, Demir Hayat, Gulf, Orient ve Ziraat şirketlerinin etkin olduğu ve dolayısıyla referans grubunu bu 5 şirketin oluşturduğu görülmektedir. HDI 0,075 ve Eureko 0,076 değerleri ile etkinliği en düşük şirketler olmuştur. Ayrıca genel etkinlik ortalamasının 0,375 olduğu

görülmektedir. Etkin olmayan birimlerin etkin duruma gelmesi için girdi ve çıktı değişkenlerinde bazı iyileştirmeler yapılması gerekmektedir.

Referans grubunu oluşturan etkin şirketlerden Bupa Acıbadem 18, Demir Hayat 3, Gulf 25, Orient 12 ve Ziraat 1 defa referans olmuştur. Etkin olmayan şirketlerin söz konusu etkin şirketlerden bir veya birkaçını belirli oranlarda referans alması gerekmektedir. Örneğin 0,194 etkinlik skoruna sahip Aksigorta'nın etkin duruma gelmesi için Gulf'ı %359, Orient'i %152 ve Bupa Acıbadem'i %154 oranında referans (örnek) alması gerekmektedir. Benzer şekilde, 0,817 etkinlik değerine sahip Corpus şirketi etkin hale gelmek için Orient'i %31, Gulf'ı ise %91 oranında referans almalıdır.

Tablo 16'da ise etkin olmayan şirketlerin etkin duruma gelmesi için girdi ve çıktı değişkenlerinde yapmaları gereken değişim miktarları yani iyileştirmeler verilmiştir. Etkin duruma gelebilmek için şirketlerin belirli miktarlarda girdilerini azaltması veya çıktılarını arttırması gerekmektedir. Tablo 16 girdilerde azaltılması, çıktılarda ise arttırılması gereken miktarları (artık değerleri) göstermektedir.

Tablo 16: 2016 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler

Şirket Adı		Girdilerde Azaltılması Gereken Miktarlar (-)				Çıktılarda Arttırılması Gereken Miktarlar (+)	
		Personel Sayısı	Acente Sayısı	Duran Varlıklar	Toplam Özsermaye	Prim Üretimi	Teknik Kar/Zarar
1	Aksigorta	0	1.296,76	62.065.055	0	0	0
2	Allianz	0	2.679,58	665.808.914	440.544.073	0	0
3	Anadolu Sigorta	0	1.557,39	559.362.316	324.282.579	0	0
4	Ankara Sigorta	0	667,85	3.730.220	22.342.796	0	0
5	Axa	0	1.806,60	214.862.714	406.555.817	0	0
6	Bereket	0	538,94	180.896	0	1.644.070	0
7	Bupa Acıbadem	0	0	0	0	0	0
8	Chubb	0	0,23	501.588	29.607.000	320.498	0
9	Corpus	16,79	136,12	0	0	78.610	0
10	Demir Hayat	0	0	0	0	0	0
11	Doğa Sigorta	0	760,08	0	0	0	0
12	Dubai Starr	0,23	0	4.353.947	0	0	0
13	Ethica	0	236,94	2.226.353	5.976.000	667.757	0
14	Eureko	0	0	113.524.601	56.723.077	0	39.325.704
15	Generali	41,69	0	14.586.381	0	0	0
16	Groupama	0	3.452,42	59.892.390	0	0	0
17	Gulf	0	0	0	0	0	0
18	Güneş Sigorta	0	911,77	556.655.004	0	0	0
19	Halk Sigorta	0	459,18	5.480.476	23.383.945	0	0
20	HDI	0	1.102,61	6.193.942	116.056.677	0	0
21	Mapfre	0	2.348,05	220.181.386	162.558.951	0	0
22	Mapfre Yaşam	13,76	95,60	0	0	950.268	0
23	Neova	35,44	1.481,27	0	84.295.857	5.076.259	0
24	Orient	0	0	0	0	0	0
25	Ray Sigorta	0	481,02	29.442.250	0	0	0
26	Şeker Sigorta	0	653,84	15.116.848	2.874.317	0	0
27	Sompo Japan	0	1.579,65	13.446.754	68.994.193	0	0
28	Türk Nippon	0	381,13	6.731.910	1.068.244	0	0
29	Unico	0	105,69	49.827.558	0	0	0
30	Ziraat	0	0	0	0	0	0
31	Zurich	0	36,24	46271.037	0	0	0
	Ortalama	3.482	734.485	85.498.146	56.298.823	281.854	1.268.571

Tablo 16’da görüldüğü gibi Bupa Acıbadem, Demir Hayat, Gulf, Orient ve Ziraat etkin şirketler olduğundan dolayı girdilerinde bir fazlalık ve çıktılarında herhangi bir azlık yoktur. Yani bu şirketlerin girdi veya çıktı verilerinde herhangi bir

değişiklik yapılması gerekli değildir. Bununla birlikte etkin olmayan şirketlerin bir veya birkaç girdisinde bazı azaltmalar yapılması gerekirken bir veya her iki çıktısı belirli miktarlarda arttırılmalıdır. Örneğin Allianz'ın etkin bir birim haline gelmesi için prim üretimi ve teknik kar çıktıları ile personel sayısı girdisinde herhangi bir değişiklik yapmadan; acente sayısını yaklaşık 2.679, duran varlıklarını 665.808.914 ve toplam özsermayesini 440.544.073 miktarında azaltması gerekmektedir. Diğer bir örnek olarak, Neova şirketi etkin olabilmek için personel sayısı girdisini 35,44, acente sayısını 1.481,27 ve toplam özsermayesini 84.295.857 miktarında azaltırken, prim üretimi çıktısını 5.076.259 tutarında arttırmalıdır.

7.8.2. 2017 Yılı Analiz Sonuçları

Aşağıdaki Tablo 17'de Win4deap2 paket programında yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgulara göre sigorta şirketlerinin 2017 yılı etkinlik skorlarıyla birlikte; etkin olmayan şirketler için referans grupları, etkin şirketleri referans alma oranları (Lambda Ağırlıkları) ve etkin şirketlerin referans olma sayıları verilmiştir.

Tablo 17: 2017 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları

	Şirket Adı	2017 Etkinlik Skoru	Referans Grupları (Benchmarks) ve Lambda Ağırlıkları	Referans Olma Sayısı
1	Aksigorta	0,241	Corpus (3,52), Bupa Acıbadem (1,18), Chubb (3,54)	0
2	Allianz	0,625	Bupa Acıbadem (3,11), Chubb (9,39)	0
3	Anadolu Sigorta	0,148	Bupa Acıbadem (4,02)	0
4	Ankara Sigorta	0,756	Corpus (0,56), Bupa Acıbadem (0,03), Chubb (1,80)	0
5	Axa	0,228	Chubb (8,99), Corpus (0,09), Bupa Acıbadem (1,007)	0
6	Bereket	0,333	Chubb (1,04), Corpus (1,95), Bupa Acıbadem (0,005)	0
7	Bupa Acıbadem	1	Bupa Acıbadem (1,00)	20
8	Chubb	1	Chubb (1,00)	22
9	Corpus	1	Corpus (1,00)	20
10	Demir Hayat	1	Demir Hayat (1,00)	6
11	Doğa Sigorta	0,223	Chubb (1,82), Corpus (2,65), Bupa Acıbadem (0,12)	0
12	Dubai Starr	0,766	Demir Hayat (0,67), Corpus (0,54), Chubb (0,33)	0
13	Ethica	0,751	Chubb (1,24), Corpus (0,14), Bupa Acıbadem (0,004)	0
14	Eureko	0,094	Ziraat (0,39), Bupa Acıbadem (1,48)	0
15	Generali	0,311	Demir Hayat (0,95), Corpus (1,73), Chubb (0,97)	0
16	Groupama	0,249	Chubb (1,31), Corpus (3,59), Bupa Acıbadem (0,63)	0
17	Gulf	0,393	Demir Hayat (1,75), Corpus (0,41), Chubb (1,90)	0
18	Güneş Sigorta	0,081	Bupa Acıbadem (1,96)	0
19	Halk Sigorta	0,289	Demir Hayat (0,29), Corpus (1,85), Bupa Acıbadem (0,12), Chubb (2,56)	0
20	HDI	0,173	Corpus (1,98), Bupa Acıbadem (0,07), Chubb (4,90)	0
21	Mapfre	0,204	Bupa Acıbadem (2,95)	0
22	Mapfre Yaşam	0,838	Chubb (0,16), Corpus (0,81), Demir Hayat (0,32)	0
23	Neova	0,204	Chubb (3,93), Corpus (1,14)	0
24	Orient	0,598	Chubb (0,15), Corpus (1,52)	0
25	Ray Sigorta	0,185	Chubb (1,88), Corpus (3,11), Bupa Acıbadem (0,12)	0
26	Şeker Sigorta	0,685	Corpus (0,69), Bupa Acıbadem (0,02), Chubb (0,73)	0
27	Sompo Japan	0,225	Corpus (1,05), Bupa Acıbadem (0,30), Chubb (9,60)	0
28	Türk Nippon	0,739	Corpus (0,93), Bupa Acıbadem (0,04), Chubb (0,75)	0
29	Unico	0,307	Chubb (0,86), Corpus (2,90), Bupa Acıbadem (0,02)	0
30	Ziraat	1	Ziraat (1,00)	1
31	Zurich	0,308	Demir Hayat (1,21), Bupa Acıbadem (0,03), Chubb (2,71)	0
	ORTALAMA	0,482		

Tablo 17’de görüldüğü gibi Bupa Acıbadem, Demir Hayat, Chubb, Corpus ve Ziraat 2017 yılının etkin şirketleri olarak göze çarpmaktadır. 2016’nın etkin şirketleri Bupa Acıbadem, Demir Hayat ve Ziraat’in bu yıl da etkin olduğu

görülmektedir. Etkin şirket sayısı bu yıl da 5'te kalmıştır. Güneş sigorta 0,081 ve Eureko 0,094 skorlarıyla etkinliği en düşük şirketler olarak öne çıkmaktadır. Etkin olmayan birimler arasında Mapfre Yaşam (0,838) ile Dubai Starr (0,766) ise etkin olmaya en çok yaklaşan şirketler olmuştur. 31 şirketin 2017 yılı genel etkinlik ortalaması 0,482 olmuş ve 2016'ya göre az da olsa artış göstermiştir.

Etkin olan şirketlerden Chubb 22, Bupa Acıbadem ile Corpus ise 20 defa başvuru grubunda referans gösterilmiştir. Bu şirketleri 6 kez referans olan Demir Hayat ve 1 kez referans olan Ziraat takip etmiştir. Etkin olmayan şirketler için hangi oranlarda hangi şirketleri referans alacağı da başvuru grubunda ayrıntılı olarak sunulmuştur. Örneğin etkinlik skoru en düşük şirketlerden biri olan Eureko'nun etkin hale gelebilmesi için Ziraat'ı %39 ve Bupa Acıbadem'i %148 oranında referans (örnek) alması gerekmektedir. Etkin olmayan şirketler arasında etkinlik skoru en yüksek olan (0,838) Mapfre Yaşam'ın etkin olması için ise Chubb'ı %16, Corpus'u %81 ve Demir Hayat'ı %32 oranında referans alması gereklidir.

Tablo 18'de 2017 yılında etkin olmayan şirketlerin etkin duruma gelmesi için girdi ve çıktı değişkenlerinde yapmaları gereken değişim miktarları yani iyileştirmeler sunulmuştur.

Tablo 18: 2017 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler

Şirket Adı		Girdilerde Azaltılması Gereken Miktarlar (-)				Çıktılarda Arttırılması Gereken Miktarlar (+)	
		Personel Sayısı	Acente Sayısı	Duran Varlıklar	Toplam Özsermaye	Prim Üretimi	Teknik Kar/Zarar
1	Aksigorta	0	1.242,59	60.730.589	0	0	0
2	Allianz	0	2.970,77	768.038.159	604.591.628	0	0
3	Anadolu Sigorta	0	1.264,72	830.446.738	452.541.452	0	112.951.836
4	Ankara Sigorta	0	541,91	5.401.351	0	0	0
5	Axa	0	1.860,17	218.088.095	0	0	0
6	Bereket	0	147,48	3.199.267	0	0	0
7	Bupa Acıbadem	0	0	0	0	0	0
8	Chubb	0	0	0	0	0	0
9	Corpus	0	0	0	0	0	0
10	Demir Hayat	0	0	0	0	0	0
11	Doğa Sigorta	0	703,54	4.601.590	0	0	0
12	Dubai Starr	0	0	1.419.405	0	36.195.547	0
13	Ethica	0	218,69	4.260.451	0	0	0
14	Eureko	42,01	0	117.687.171	0	0	117.401.532
15	Generali	0	0	16.002.177	0	44.815.565	0
16	Groupama	0	2.478,31	91.766.019	0	0	0
17	Gulf	0	0	8.623.029	0	33.207.995	0
18	Güneş Sigorta	0	1.091,40	701.771.894	100.022.322	0	43.730.302
19	Halk Sigorta	0	0	8.483.178	0	0	0
20	HDI	0	728,04	3.876.907	0	0	0
21	Mapfre	0	1.892,65	231.187.252	129.459.110	0	56.033.966
22	Mapfre Yaşam	105,44	0	0	0	19.092.413	0
23	Neova	0	1.540,67	3.685.727	0	3.727.431	0
24	Orient	0	186,50	5.852.319	0	1.724.668	0
25	Ray Sigorta	0	426,76	67.826.958	0	0	0
26	Şeker Sigorta	0	489,54	17.151.340	0	0	0
27	Sompo Japan	0	1.582,02	22.416.503	0	0	0
28	Türk Nippon	0	221,06	3.717.162	0	0	0
29	Unico	0	185,58	51.880.816	0	0	0
30	Ziraat	0	0	0	0	0	0
31	Zurich	53,24	0	50.033.880	0	0	0
	Ortalama	6,47	637,82	10.6391.870	41.503.694	4.476.246	10.648.956

Tablo 18’de etkin olmayan sigorta şirketlerinin etkin duruma gelmesi için girdilerinde azaltması, çıktılarında ise arttırması gereken miktarlar verilmiştir. Buna göre; örneğin Dubai Starr’ın etkin hale gelmesi için duran varlıklarını

1.419.405 tutarında azaltması; prim üretimlerini ise 36.195.547 tutarında arttırması gerekmektedir. Etkin şirketlerin girdi veya çıktı değişkenlerinde herhangi bir değişiklik yapmasına gerek yoktur.

7.8.3. 2018 Yılı Analiz Sonuçları

2018 yılına ait etkinlik skorları, referans grupları ve girdi-çıkıtlardaki iyileştirme miktarları aşağıdaki Tablo 19 ve Tablo 20’de detaylı olarak sunulmuştur.



Tablo 19: 2018 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları

	Şirket Adı	2018 Etkinlik Skoru	Referans Grupları (Benchmarks) ve Lambda Ağırlıkları	Referans Olma Sayısı
1	Aksigorta	0,256	Corpus (7,55), Bupa Acıbadem (0,94), Chubb (0,58)	0
2	Allianz	0,652	Chubb (5,01), Corpus (9,21), Bupa Acıbadem (2,96)	0
3	Anadolu Sigorta	0,162	Bupa Acıbadem (3,88)	0
4	Ankara Sigorta	0,613	Corpus (2,32), Bupa Acıbadem (0,04), Chubb (0,07)	0
5	Axa	0,349	Corpus (6,07), Bupa Acıbadem (0,63), Chubb (5,11)	0
6	Bereket	0,324	Demir Hayat (0,88), Chubb (0,08), Corpus (2,42)	0
7	Bupa Acıbadem	1	Bupa Acıbadem (1,00)	18
8	Chubb	1	Chubb (1,00)	17
9	Corpus	1	Corpus (1,00)	22
10	Demir Hayat	1	Demir Hayat (1,00)	8
11	Doğa Sigorta	0,300	Chubb (0,004), Corpus (5,03), Bupa Acıbadem (0,14)	0
12	Dubai Starr	0,966	Corpus (0,51), Demir Hayat (0,20), Chubb (0,46)	0
13	Ethica	0,796	Corpus (0,85), Bupa Acıbadem (0,01), Chubb (1,51)	0
14	Eureko	0,088	Bupa Acıbadem (1,52)	0
15	Generali	0,397	Demir Hayat (1,32), Corpus (0,97), Chubb (0,69)	0
16	Groupama	0,247	Corpus (4,26), Bupa Acıbadem (0,58)	0
17	Gulf	0,356	Demir Hayat (1,88), Corpus (0,48), Chubb (1,53)	0
18	Güneş Sigorta	0,105	Chubb (0,77), Corpus (3,46), Bupa Acıbadem (1,28)	0
19	Halk Sigorta	0,282	Chubb (3,14), Corpus (1,76), Bupa Acıbadem (0,11)	0
20	HDI	0,128	Corpus (5,65), Bupa Acıbadem (0,10), Chubb (3,58)	0
21	Mapfre	0,283	Demir Hayat (2,82), Corpus (1,19), Bupa Acıbadem (1,57)	0
22	Mapfre Yaşam	0,908	Corpus (0,89), Demir Hayat (0,21), Chubb (0,03)	0
23	Neova	0,184	Corpus (5,48)	0
24	Orient	0,607	Corpus (1,68)	0
25	Ray Sigorta	0,109	Demir Hayat (0,19), Corpus (3,22), Bupa Acıbadem (0,28), Chubb (0,58)	0
26	Şeker Sigorta	0,668	Corpus (1,49), Bupa Acıbadem (0,01)	0
27	Sompo Japan	0,241	Corpus (6,11), Bupa Acıbadem (0,33), Chubb (5,95)	0
28	Türk Nippon	0,774	Corpus (1,76), Bupa Acıbadem (0,07)	0
29	Unico	1	Unico (1,00)	0
30	Ziraat	1	Ziraat (1,00)	0
31	Zurich	0,328	Demir Hayat (0,72), Bupa Acıbadem (0,06), Chubb (2,86)	0
	ORTALAMA	0,520		

Tablo 19’da şirketlerin 2018 yılı etkinlik skorları referans grupları, referans olma ağırlıkları ve etkin şirketlerin referans olma sayıları verilmiştir. Buna göre, 2017 yılında etkin olan Bupa Acıbadem, Demir Hayat, Chubb, Corpus ve

Ziraat; 2018’de de etkinlik skoruna ulaşmıştır. Unico ise ilk defa bu yıl etkin şirketler arasına katılmıştır. 2016’da 0,375 ve 2017’de 0,482 olan genel etkinlik ortalaması 2018 yılında 0,520 olarak gerçekleşmiş ve 3 yıl içindeki sürekli yükselişini sürdürmüştür. Ayrıca analizin yapıldığı ilk 2 yılda etkin şirket sayısı 5 iken 2018 yılında etkin olan şirket sayısı 6’ya çıkmıştır. Bu sonuçlar 2016’dan 2018’e kadar sigorta şirketlerinin sağlık/hastalık branşında etkinlik düzeylerinin genel olarak yükseliş gösterdiğine işaret etmektedir.

Eureko 0,088 etkinlik skoruyla bu yıl da en düşük etkinlik düzeyine sahip şirket olmuştur. Eureko’nun ardından Güneş Sigorta (0,105) ve Ray Sigorta (0,109) en az etkin olan ikinci ve üçüncü şirketlerdir. Etkin olmayan şirketler arasında ise Dubai Starr 0,966 ve Mapfre Yaşam 0,908 etkinlik skorlarıyla etkin olmaya en çok yaklaşan şirketlerdir.

Referans grubunda Corpus, 22 defa referans olma frekansıya etkin olmayan şirketler tarafından en çok referans alınan şirket konumundadır. Corpus’un ardından, Bupa Acıbadem 18, Chubb 17 ve Demir Hayat 8 defa referans alınma sayısına sahiptir. Etkin olmayan şirketlerin referans alması gereken şirketler ve oranları referans gruplarında verilmiştir. Örneğin, Aksigorta’nın etkin hale gelebilmesi için Corpus’u %755, Bupa Acıbadem’i %94 ve Chubb’ı %58 oranında referans alması gerekmektedir.

Tablo 20’de 2018 yılında etkin olmayan şirketlerin etkin duruma gelmesi için girdi ve çıktı değişkenlerinde yapmaları gereken değişim miktarları yani iyileştirmeler sunulmuştur

Tablo 20: 2018 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler

Şirket Adı		Girdilerde Azaltılması Gereken Miktarlar (-)				Çıktılarda Arttırılması Gereken Miktarlar (+)	
		Personel Sayısı	Acente Sayısı	Duran Varlıklar	Toplam Özsermaye	Prim Üretimi	Teknik Kar/Zarar
1	Aksigorta	0	0	66.830.161	198.041.546	0	0
2	Allianz	0	0	756.411.287	745.533.743	0	0
3	Anadolu Sigorta	0	1.354,86	655.142.819	138.454.578	0	86.407.620
4	Ankara Sigorta	0	0	9.376.200	133.240.997	0	0
5	Axa	0	0	187.013.343	276.643.664	0	0
6	Bereket	0	0	7.855.021	0	54.861.754	0
7	Bupa Acıbadem	0	0	0	0	0	0
8	Chubb	0	0	0	0	0	0
9	Corpus	0	0	0	0	0	0
10	Demir Hayat	0	0	0	0	0	0
11	Doğa Sigorta	0	0	7.226.164	122.514.290	0	0
12	Dubai Starr	31,88	0	0	0	11.522.359	0
13	Ethica	0	0	5.656.914	71.179.262	0	0
14	Eureko	0	28,45	116.339.666	59.771.470	0	155.553.694
15	Generali	0	0	17.642.366	0	71.450.989	0
16	Groupama	0	205,88	132.903.483	246.727.757	0	0
17	Gulf	0	0	13.934.164	0	76.244.196	0
18	Güneş Sigorta	0	0	807.446.625	185.658.413	0	0
19	Halk Sigorta	0	0	11.605.668	9.558.808	0	0
20	HDI	0	0	50.612.117	34.868.986	0	0
21	Mapfre	0	1.097,31	224.628.927	0	0	0
22	Mapfre Yaşam	123,87	0	0	0	16.026.194	0
23	Neova	0	308,92	15.367.927	330.697.171	6.174.997	0
24	Orient	0	130,09	12.820.098	6.215.439	1.725.080	0
25	Ray Sigorta	0	0	65.842.193	0	0	0
26	Şeker Sigorta	0	177,08	18.485.677	49.602.362	0	0
27	Sompo Japan	0	0	40.886.004	365.085.008	0	0
28	Türk Nippon	0	67,92	4.667.942	50.304.624	0	0
29	Unico	0	0	0	0	0	0
30	Ziraat	0	0	0	0	0	0
31	Zurich	73,17	0	44.982.169	0	0	0
	Ortalama	7,38	108,72	105.602.482	97.551.552	7.677.599	7.805.204

Tablo 20’de görüldüğü gibi etkin olmayan şirketlerin etkinlik sınırına ulaşabilmeleri için girdi ve çıktı miktarlarında bazı değişiklikler yapması gerekmektedir. Örneğin etkinliği en düşük şirket olan Eureko’nun etkin hale

gelebilmesi için acente sayısını 28,4 birim, duran varlıklarını 116.339.666 ve toplam özsermayesini 59.771.470 tutarında azaltırken teknik karını ise 155.553.694 arttırması gerekmektedir. Etkin olmayan şirketler arasında etkinlik skoru en yüksek olan Dubai Starr'ın etkin hale gelmesi için personel sayısını 31,8 birim azaltıp prim üretimi çıktısını 11.522.359 miktarında arttırması yeterli olmaktadır.

7.8.4. 2019 Yılı Analiz Sonuçları

2019 yılına ait etkinlik skorları, referans grupları ve girdi-çıktılardaki iyileştirme miktarları aşağıdaki Tablo 21 ve Tablo 22'de detaylı olarak sunulmuştur.



Tablo 21: 2019 Yılı Etkinlik Skorları ve Referans Grupları

Şirket Adı		2019 Etkinlik Skoru	Referans Grupları (Benchmarks) ve Lambda Ağırlıkları	Referans Olma Sayısı
1	Aksigorta	0,237	Dubai Starr (1,09), Corpus (4,72), Bupa Acıbadem (1,03), Chubb (0,26)	0
2	Allianz	0,568	Corpus (5,71), Bupa Acıbadem (3,39), Chubb (2,88)	0
3	Anadolu Sigorta	0,203	Bupa Acıbadem (2,56)	0
4	Ankara Sigorta	0,811	Chubb (0,07), Dubai Starr (1,09), Bupa Acıbadem (0,04), Corpus (2,32)	0
5	Axa	0,253	Corpus (3,73), Bupa Acıbadem (0,95), Chubb (3,95)	0
6	Bereket	0,386	Corpus (0,75), Demir Hayat (0,69), Dubai Starr (1,19)	0
7	Bupa Acıbadem	1	Bupa Acıbadem (1,00)	20
8	Chubb	1	Chubb (1,00)	18
9	Corpus	1	Corpus (1,00)	20
10	Demir Hayat	1	Demir Hayat (1,00)	5
11	Doğa Sigorta	0,422	Dubai Starr (2,375), Bupa Acıbadem (0,09), Corpus (1,01), Chubb (0,43)	0
12	Dubai Starr	1	Dubai Starr (1,000)	17
13	Ethica	0,805	Corpus (0,59), Chubb (0,63), Bupa Acıbadem (0,01), Dubai Starr (0,05)	0
14	Eureko	0,037	Demir Hayat (0,71), Bupa Acıbadem (1,27)	0
15	Generali	0,371	Dubai Starr (2,41), Corpus (0,13), Bupa Acıbadem (0,003), Chubb (0,24)	0
16	Groupama	0,237	Dubai Starr (0,53), Corpus (2,52), Bupa Acıbadem (0,54), Chubb (0,44)	0
17	Gulf	0,376	Dubai Starr (2,33), Chubb (0,54), Bupa Acıbadem (0,03)	0
18	Güneş Sigorta	0,243	Dubai Starr (1,98), Corpus (1,54), Bupa Acıbadem (0,72), Chubb (2,93)	0
19	Halk Sigorta	0,284	Chubb (1,83), Dubai Starr (1,29), Bupa Acıbadem (0,11), Corpus (0,70)	0
20	HDI	0,153	Dubai Starr (1,11), Corpus (5,06), Bupa Acıbadem (0,20), Chubb (1,61)	0
21	Mapfre	0,340	Demir Hayat (2,85), Corpus (1,002), Bupa Acıbadem (1,14)	0
22	Mapfre Yaşam	1	Mapfre Yaşam (1,00)	0
23	Neova	0,235	Chubb (1,47), Dubai Starr (1,89), Corpus (0,97)	0
24	Orient	0,760	Dubai Starr (0,10), Corpus (1,09), Chubb (0,13)	0
25	Ray Sigorta	0,172	Demir Hayat (0,32), Corpus (1,64), Bupa Acıbadem (0,17), Dubai Starr (1,77)	0
26	Şeker Sigorta	0,694	Corpus (1,34), Chubb (0,09), Bupa Acıbadem (0,01)	0
27	Sompo Japan	0,163	Dubai Starr (1,52), Corpus (3,33), Bupa Acıbadem (0,43), Chubb (4,82)	0
28	Türk Nippon	0,829	Chubb (0,17), Dubai Starr (0,57), Bupa Acıbadem (0,07), Corpus (0,71)	0
29	Unico	0,669	Demir Hayat (1,71), Corpus (0,24)	0
30	Ziraat	1	Ziraat (1,00)	0
31	Zurich	0,522	Dubai Starr (0,69), Chubb (1,29), Bupa Acıbadem (0,05)	0
	ORTALAMA	0,541		

Tablo 21’de şirketlerin 2019 yılı etkinlik skorları referans grupları, referans olma ağırlıkları ve etkin şirketlerin referans olma sayıları verilmiştir. Buna göre, 2018 yılında etkin olan Bupa Acıbadem, Demir Hayat, Chubb, Corpus ve Ziraat; 2019’da da etkinlik skoruna ulaşmıştır. Dubai Starr ve Mapfre Yaşam ise ilk defa bu yıl etkin şirketler arasına katılmıştır. Bir önceki yılda etkin olan Unico ise bu yıl etkin şirketler arasında yer alamamıştır.

2016’da 0,375, 2017’de 0,482 ve 2018’de 0,520 olan genel etkinlik ortalaması 2019 yılında 0,541’e çıkarak 4 yıl boyunca sürekli yükselişini sürdürmüştür. Ayrıca 2016 ve 2017 yıllarında etkin şirket sayısı 5 iken 2018 yılında 6’ya, 2019’da ise 7’ye çıkmıştır. Bu sonuçlar 2016’dan 2019’a kadar sigorta şirketlerinin sağlık/hastalık branşında etkinlik düzeylerinin genel olarak sürekli bir yükseliş trendi içinde seyrettiğini göstermektedir.

Eureko 0,037 etkinlik skoruyla bu yıl da en düşük etkinlik düzeyine sahip şirket olmuştur. Eureko’nun ardından HDI (0,153) ve Sampo Japan (0,163) en az etkin olan ikinci ve üçüncü şirketlerdir. Etkin olmayan şirketler arasında Türk Nippon 0,829 ve Ankara Sigorta 0,811 etkinlik skorlarıyla etkin olmaya en çok yaklaşan şirketlerdir.

Referans grubunda Corpus ile Bupa Acıbadem 20’şer defa referans olma frekansı ile etkin olmayan şirketler tarafından en çok referans alınan şirketler olmuştur. Onları Chubb (18), Dubai Starr(17) ve Demir Hayat (5) takip etmiştir. Etkin olmayan şirketlerin referans alması gereken şirketler ve oranları referans gruplarında verilmiştir. Örneğin, Allianz’ın etkin hale gelebilmesi için Corpus’u %571, Bupa Acıbadem’i %339 ve Chubb’ı %288 oranında referans alması gerekmektedir.

Tablo 22’de 2019 yılında etkin olmayan şirketlerin etkin duruma gelmesi için girdi ve çıktı değişkenlerinde yapmaları gereken değişim miktarları yani iyileştirmeler sunulmuştur

Tablo 22: 2019 Yılı Girdi ve Çıktı Değişkenlerinde Yapılacak Değişiklikler

Şirket Adı		Girdilerde Azaltılması Gereken Miktarlar (-)				Çıktılarda Arttırılması Gereken Miktarlar (+)	
		Personel Sayısı	Acente Sayısı	Duran Varlıklar	Toplam Özsermaye	Prim Üretimi	Teknik Kar/Zarar
1	Aksigorta	0	0	27.753.768	0	0	0
2	Allianz	0	0	687.587.989	367.319.918	0	0
3	Anadolu Sigorta	0	1,645,74	821.324.451	668.171.157	0	117.470.251
4	Ankara Sigorta	0	258	0	0	0	0
5	Axa	0	0	87.338.092	134.143.118	0	0
6	Bereket	0	0	9.497.974	0	55.057.515	0
7	Bupa Acıbadem	0	0	0	0	0	0
8	Chubb	0	0	0	0	0	0
9	Corpus	0	0	0	0	0	0
10	Demir Hayat	0	0	0	0	0	0
11	Doğa Sigorta	0	687	0	0	0	0
12	Dubai Starr	0	0	0	0	0	0
13	Ethica	0	0	1.742.935	0	0	0
14	Eureko	151,79	0	114.551.251	0	0	239.437.250
15	Generali	0	0	21.792.926	0	0	0
16	Groupama	0	0	64.205.866	0	0	0
17	Gulf	37,36	0	3.846.930	0	0	0
18	Güneş Sigorta	0	0	880.286.951	0	0	0
19	Halk Sigorta	0	181,42	0	0	0	0
20	HDI	0	0	89.543.874	0	0	0
21	Mapfre	0	715,75	219.293.875	0	0	0
22	Mapfre Yaşam	0	0	0	0	0	0
23	Neova	0	1.377,04	0	0	5.893.243	0
24	Orient	0	130,09	2.754.519	0	966.328	0
25	Ray Sigorta	0	0	47.271.774	0	0	0
26	Şeker Sigorta	0	0	3.321.277	19.695.463	0	0
27	Sompo Japan	0	0	70.686.421	0	0	0
28	Türk Nippon	0	305,02	0	0	0	0
29	Unico	0	450,24	79.598.408	0	110.890.338	0
30	Ziraat	0	0	0	0	0	0
31	Zurich	142,25	0	73.110.145	0	0	0
	Ortalama	10,69	181,29	106.629.336	38.365.473	5.574.433	11.513.145

Tablo 22’de görüldüğü gibi etkin olmayan şirketlerin etkinlik sınırına ulaşabilmeleri için girdi ve çıktı miktarlarında bazı değişiklikler yapması

gerekmektedir. Örneğin etkinliği en düşük şirket olan Eureka'nun etkin hale gelebilmesi için personel sayısını 151,79 birim, duran varlıklarını 114.551.251 tutarında azaltırken teknik karını ise 239.437.250 arttırması gerekmektedir. Etkin olmayan şirketler arasında etkinlik skoru en yüksek olan Türk Nippon'un etkin hale gelmesi için acente sayısını 305,02 birim azaltması yeterli olacaktır.

7.9. Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Yorumlanması

Aşğıda yer alan ablo 23'te seçilen şirketlerin 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarındaki hem CCR hem de BCC çıktı yönlü etkinlik sonuçları ve yıl içindeki genel etkinlik ortalamaları sunulmuştur.



Tablo 23: Şirketlerin Yıllara Göre CCR ve BCC Çıktı Yönlü Etkinlik Skorları

Şirket Adı		2016		2017		2018		2019	
		CCR	BCC	CCR	BCC	CCR	BCC	CCR	BCC
1	Aksigorta	0,194	0,633	0,241	0,579	0,256	0,617	0,237	0,627
2	Allianz	0,406	1	0,625	1	0,652	1	0,568	1
3	Anadolu Sigorta	0,149	0,374	0,148	0,393	0,162	0,408	0,203	0,367
4	Ankara Sigorta	0,392	1	0,756	1	0,613	0,907	0,811	1
5	Axa	0,155	0,370	0,228	0,430	0,349	0,693	0,253	0,649
6	Bereket	0,160	0,721	0,333	0,528	0,324	0,759	0,386	0,753
7	BupaAcıbadem	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Chubb	0,457	1	1	1	1	1	1	1
9	Corpus	0,817	0,977	1	1	1	1	1	1
10	Demir Hayat	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Doğa Sigorta	0,145	0,562	0,223	0,381	0,300	0,651	0,422	0,896
12	Dubai Starr	0,269	0,796	0,766	0,809	0,966	1	1	1
13	Ethica	0,322	0,783	0,751	0,857	0,796	0,931	0,805	0,927
14	Eureko	0,076	0,125	0,094	0,136	0,088	0,130	0,037	0,047
15	Generali	0,125	0,615	0,311	0,537	0,397	0,626	0,371	0,678
16	Groupama	0,203	0,912	0,249	0,463	0,247	0,375	0,237	0,457
17	Gulf	1	1	0,393	0,484	0,356	0,535	0,376	0,642
18	Güneş Sigorta	0,108	0,415	0,081	0,134	0,105	0,152	0,243	0,482
19	Halk Sigorta	0,126	0,701	0,289	0,432	0,282	0,494	0,284	0,544
20	HDI	0,075	0,549	0,173	0,297	0,128	0,278	0,153	0,413
21	Mapfre	0,280	0,632	0,204	0,411	0,283	0,488	0,340	0,725
22	Mapfre Yaşam	0,734	0,985	0,838	0,872	0,908	0,969	1	1
23	Neova	0,119	0,688	0,204	0,341	0,184	0,369	0,235	0,482
24	Orient	1	1	0,598	0,889	0,607	0,897	0,760	0,890
25	Ray Sigorta	0,127	0,545	0,185	0,343	0,109	0,212	0,172	0,400
26	Şeker Sigorta	0,303	0,747	0,685	0,785	0,668	0,821	0,694	0,868
27	Sompo Japan	0,115	1	0,225	0,585	0,241	0,720	0,163	0,470
28	Türk Nippon	0,437	0,914	0,739	0,900	0,774	1	0,829	0,978
29	Unico	0,213	0,740	0,307	0,656	1	1	0,669	1
30	Ziraat	1	1	1	1	1	1	1	1
31	Zurich	0,133	0,817	0,308	0,341	0,328	0,369	0,522	0,596
	ORTALAMA	0,375	0,761	0,482	0,632	0,520	0,691	0,541	0,738
	Etkin Şirket Sayısı	5	9	5	7	6	9	7	10

Tablo 23'te görüldüğü gibi, şirketlerin BCC modeldeki etkinlik skorları CCR modele göre daha yüksek gerçekleşmiştir. Örneğin 2016 yılında CCR modelde sadece 5 sigorta şirketi etkinlik sınırına ulaşmışken BCC'de ise etkin şirket sayısı 9

olmuştur. BCC modelde etkin olan şirketlerin tamamı CCR'da da etkin çıkmıştır. 2016'da CCR modelinde etkin olmayan Allianz, Ankara Sigorta, Chubb ve Sompo Japan BCC'de etkin durumdadır. Ayrıca CCR'da 0,375 olan genel etkinlik ortalaması BCC modelde ise 0,761'dir. Aynı durum 2017, 2018 ve 2019 yılları için de geçerli görünmektedir. Örneğin 2019'da CCR modelde 7 şirket etkin durumdayken BCC'de etkin olan şirketlerin sayısı 10'dur. Bu durumun en önemli sebebi, Veri Zarflama Analizi'nde BCC modelde CCR modele göre etkinlik skorlarının daha yüksek gerçekleşiyor olmasıdır. Diğer bir deyişle, BCC modelinin daha esnek yapıda olması ve ölçeğe göre değişken getiri varsayımını kullanması bu modeldeki etkinlik düzeylerini arttırmaktadır.

Ölçeğe göre değişken getiri varsayımı (VRS) çerçevesinde etkinlik analizi yapan BCC model, teknik etkinliği; ölçeğe göre sabit getiri varsayımı (CRS) çerçevesinde etkinlik analizi yapan CCR model ise toplam etkinliği açıklamaktadır. Toplam etkinlik, teknik etkinliği ve ölçek etkinliğini kapsadığından dolayı BCC modelde etkin olan bazı birimler CCR modelde etkinlik düzeyine ulaşamamıştır. Örneğin 2019 yılında BCC modelde etkinlik skoru 1 olan Allianz'ın, aynı yıl CCR modeldeki etkinlik skoru 0,568'de kalmış ve şirket etkin olamamıştır. Tabloda görüldüğü gibi, bazı sigorta şirketleri teknik olarak etkin durumda olsalar bile ölçek etkinliğine sahip olmadıklarından dolayı CCR model toplam etkinlik skorları 1'in altında kalmıştır. Veri Zarflama Analizi'nde herhangi bir KVB'nin BCC etkinlik skoru 1 iken CCR etkinlik skoru 1'den düşük olabilmektedir. Bu durum, söz konusu KVB'nin teknik olarak etkin çalıştığı, fakat toplam etkinliğe ulaşamadığı anlamına gelmektedir.

İnsan ve hizmet odaklı sigortacılık sektöründe faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin mali açıdan etkin olması hem söz konusu şirketlerin kendisi hem de hizmet sundukları sigortalıları açısından büyük önem taşımaktadır. Sigortacılık sektörü sermaye piyasalarına fon sağladığından dolayı, sigorta şirketlerinin finansal açıdan etkin olması dolaylı olarak ülke ekonomisini de etkilemektedir. Etkin olan sigorta şirketleri, etkin olmayanlara göre daha az maliyetle hizmet sağlamakta ve böylece görece olarak önemli bir maliyet avantajı yakalamaktadır. Etkin şekilde hizmet üretemeyen şirketlerin maliyetlerinin daha yüksek olması, sektörde uzun süre

faaliyet göstermelerini zorlaştırmaktadır. Bu sebeple etkin olmayan şirketlerin belirli girdi bileşimiyle sundukları hizmet çıktılarını gelecek dönemlerde mutlaka arttırması gerekmektedir.

Şirketlerin etkinliğinin en önemli göstergesi, sunulan hizmetlerin kalitesinde herhangi bir düşüş olmadan kaynakların etkin şekilde kullanılmasını sağlamaktır. Kaynakların etkin kullanılması, üretim ve finans sektöründe olduğu gibi sigortacılıkta da karlılığın artmasını sağlamakta ve mali sürdürülebilirliği desteklemektedir. Bu şekilde daha az işgücü ve enerji ile daha kaliteli ve daha fazla miktarda hizmetin sunulması mümkün olmaktadır. Şirketler, etkinlik durumlarını ölçerek finansal sürdürülebilirliklerini ve performans göstergelerini analiz edebilmektedir.

Sigortacılık sektöründe hastalık/sağlık branşının ve özel sağlık sigortasının son derece özel ve önemli bir yeri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlık ihtiyacı, talep edenler açısından ikamesi ve çoğu zaman ertelenmesi mümkün olmayan bir hizmet çeşididir. Son yıllarda sağlık teknolojisinin sürekli gelişmesi, toplumun sağlık konusunda daha bilinçli hale gelmesi ve bireylerin kaliteli ve yüksek standartlarda sağlık hizmeti temin etme arzusu sağlık sistemlerinin, sağlık finansmanının ve özellikle de özel sağlık sigortacılığının arz ettiği önemi bir kat daha arttırmıştır. Özellikle tüm dünyayı etkisi altına alan Covid 19 pandemisinin meydana gelmesiyle birlikte, özel sağlık sigortalarının popülerliği artmış ve bu sigortalara olan talep adeta patlama yapmıştır.

Bu çalışmada Türkiye’de faaliyet gösteren 31 sigorta şirketinin 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarında sağlık/hastalık branşı etkinlik analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda etkinlik ortalamalarının analizin yapıldığı 4 yıl içerisinde sürekli yükseliş seyri gösterdiği saptanmıştır. Analizde ulaşılan verilerin ve bulguların, söz konusu hususlarda bilgi edinmek isteyen sigorta şirketlerinin yönetici veya ortaklarına fayda ve katkı sağlayacağı umulmaktadır. Sigorta şirketleri bu ve benzeri çalışmalarda analiz ve ölçümler sayesinde güçlü ve zayıf yönlerini, mali açıdan yeterli ve yetersiz olduğu noktaları tespit edebilmekte; ayrıca fazla kullandıkları girdileri ve yetersiz çıktıları hakkında bilgi ve fikir sahibi olabilmektedir. Böylece, kaynakların israf edilmesi

minimize edilerek ve yönetsel stratejiler geliştirilerek sınırlı kaynakların optimal düzeyde kullanılması sağlanabilmektedir.



SONUÇ

Özel sağlık sigortası hastalık veya kaza risklerinin meydana gelmesi sonucu, bireylerin eski sağlıklarına kavuşmak amacıyla yararlandıkları sağlık hizmetlerinin masraflarını poliçede kararlaştırılan belirli limitler doğrultusunda, genel veya özel şartlar çerçevesinde karşılayan bir özel sigorta çeşididir. Özel sağlık sigortaları, tıbbi harcamalar ve iş göremezlik gelirleri olmak üzere başlıca iki konuda sigorta güvencesi sağlamaktadır. Hemen hemen tüm ülkelerde uygulanmakla birlikte, çoğunlukla mevcut kamu sağlık sigortasının eksik veya yetersiz kaldığı alanlarda tamamlayıcı veya destekleyici rolde tatbik edilmektedir.

Literatür taraması ve Veri Zarflama Analizi uygulanarak hazırlanan bu çalışmanın birinci bölümünde ilgili literatür taraması, sigortanın tanımı, sağlık sigortasının finansmanı ve başlıca finansman yöntemleri ile ABD, Almanya ve İngiltere'nin sağlık sistemleri açıklanmıştır. İkinci bölümde Türkiye'de sağlık sisteminin genel yapısı, Genel Sağlık Sigortası, özel sağlık sigortasının tanımı, işleyişi, finansmanı, temel teminatlar ve Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde ise Veri Zarflama Analizi'nin tanımı yapılmış ve uygulama aşamaları açıklanmıştır. Sonrasında bu yöntem kullanılarak Türkiye'de faaliyet gösteren 31 sigorta şirketinin 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarında sağlık/hastalık branşı etkinlik analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analiz neticesinde, özel sağlık sigortalarının etkinlik düzeylerini arttırmayı hedefleyen öneriler ileri sürülmüştür.

Çalışmada CCR ve BBC model çıktıya yönelik etkinlik ölçümü yapılmıştır. CCR modelde 2016 ve 2017 yılında toplam 5, 2018'de 6 ve 2019'da ise 7 şirket etkindir. Etkinlik ortalamalarının nispeten daha yüksek olduğu teknik etkinliği ölçen BCC modelde ise etkin olan şirket sayısı 2016 ve 2018'de 9, 2017'de 7 ve 2019'da ise 10'dur. CCR'da etkinlik ortalamalarının 0,375 ile 0,541 aralığında olduğu görülürken, BCC'de ise 0,632 ile 0,761 arasında değişmektedir. Ayrıca 2016 yılından 2019 yılına kadar, hem CCR'da hem de BCC'de etkinlik ortalamalarının ve etkin şirket sayısının sürekli yükseldiği göze çarpmaktadır.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda söz konusu şirketlerinin toplam etkinliğinin analizin yapıldığı 4 yıl içerisinde yükseliş seyri gösterdiği saptanmıştır. Çalışmada ulaşılan verilerin ve bulguların, söz konusu hususlarda bilgi edinmek isteyen sigorta şirketlerinin yönetici veya ortaklarına fayda ve katkı sağlayacağı umulmaktadır. Sigorta şirketleri bu ve benzeri çalışmalarda analiz ve ölçümler sayesinde güçlü ve zayıf yönlerini, mali açıdan yeterli ve yetersiz olduğu noktaları tespit edebilmekte; ayrıca fazla kullandıkları girdileri ve yetersiz çıktılarını hakkında bilgi ve fikir sahibi olabilmektedir. Böylece, kaynakların israf edilmesi minimize edilerek ve yönetsel stratejiler geliştirilerek sınırlı kaynakların optimal düzeyde kullanılması sağlanabilmektedir.

Özel sağlık sigortalarının etkinlik düzeylerinin artırılması için öncelikle sigortalı sayısının artması gerekmektedir. Özel sağlık sigortası yaptıran kişi sayısı çoğaldıkça sigorta şirketlerinin prim üretimleri ve teknik kar çıktıları da buna paralel olarak artış gösterecektir. Bu artışlar, şirketlerin etkinlik durumuna olumlu yansımaktadır. Sigorta şirketlerinin orta ve uzun vadede varlıklarını devam ettirmeleri ve sürdürülebilir yapıda olmaları finansal açıdan etkin şekilde faaliyet yürütmelerine bağlıdır. Çalışmada bu sebeple sigorta şirketlerinin etkinlik düzeylerini ölçmek amacıyla Veri Zarflama Analizi yöntemi kullanılarak etkinlik analizi yapılmıştır.

Özel sağlık sigortası şirketlerinin etkinlik düzeylerini arttırmak amacıyla çeşitli faaliyet ve uygulamaları hayata geçirmesi gerekmektedir:

Sigorta şirketlerinin prim üretimi, sigortalı sayısı ve teknik kar unsurlarını arttırabilmesi için tanıtım ve bilinirlik arttırıcı faaliyetlerini geliştirmesi ve yaygınlaştırması büyük önem taşımaktadır. Türkiye toplumunda sigortanın gerekliliği ve önemi konusunda yeterince bilgi ve farkındalık henüz gelişmemiş durumdadır. Genellikle bireyler herhangi bir sağlık sorunu veya hastalık yaşamadığı sürece sigorta yaptırma gereği ve isteği duymamaktadır. Birçok Avrupa ülkesine kıyasla Türkiye’de sigorta bilinci halk nezdinde yeterince yerleşmemiştir. Toplumun bazı kesimlerince sigorta, bir ihtiyaç ve gereklilikten ziyade lüks olarak görülmektedir. Keskin (2019) tarafından özel sağlık sigortalarının gelişme potansiyeli üzerine tüketici görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan anket

çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğu özel sağlık sigortaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ileri sürmüş ve özel sağlık sigortası hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak istediklerini belirtmiştir. Bu sebeplerle sigorta şirketleri topluma ve özellikle müşteri kitlesine kendilerini iyi tanıtmalı, gerekli reklam, pazarlama, tanıtım ve PR faaliyetlerine önem vermelidir. Bu doğrultuda şirketler dağıtım kanallarını, acente faaliyetlerini ve satış kadrosunu güçlendirmelidir. Şirketlerin satış ve pazarlama kadrosunda ikna kabiliyeti yüksek, alanında iyi eğitilmiş ve sigorta işlemlerini topluma doğru tanıtabilen profesyonel personeller istihdam edilmelidir. Sigorta şirketleri normal şartlarda mevcut girdileriyle daha fazla prim üretebilecek potansiyele sahiptir. Bu bakımdan, sigortalılarla birebir temas kuran acente personelinin potansiyel sigortalılarla kurdukları iletişimde dürüst, şeffaf ve güvenilir olması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sigorta acenteleri söz konusu reklam ve tanıtım faaliyetlerini özellikle genç kitlelerin daha aktif ve yoğun olduğu sosyal medya platformlarında da tatbik etmelidir.

Sigortalı sayısı ve buna paralel olarak prim üretimlerinin arttırılabilmesi için bireylerin şahsi ihtiyaç ve talepleri doğrultusunda kişiye özgü ürünler ve cazip promosyonlar hazırlanmalıdır. Hollanda, Birleşik Krallık ve Almanya’da sigortalıların kendi ihtiyaç ve taleplerine yönelik geniş veya dar kapsamlı bireysel poliçeler düzenlenmektedir. Türkiye’de de benzer şekilde, bireylerin kendi ihtiyaç ve taleplerine hitap edecek şekilde poliçelerin kişiye özgü çeşitlendirilmesi ve özelleştirilmesi özel sağlık sigortacılığının gelişimini hızlandıracaktır. Özellikle diş tedavileri, gözlük cam ve çerçeve masrafları ve sağlığa yardımcı çeşitli malzemeler gibi tıbbi mal ve hizmetlerin yer aldığı kişiye özel teminatları içeren poliçeler müşteri memnuniyetini arttırmaktadır. Bu amaçla özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünen kişilerin talep ve eğilimleri iyi analiz edilerek ve ürün çeşitlendirmesi yapılarak kişiye özgü zenginleştirilmiş teminatlı poliçeler sunulmalıdır. Bireysel ihtiyaçlara hitap eden ve şirketler için karlılığı yüksek olan sigorta ürünlerinin satılmasıyla prim üretimlerinin artması muhtemeldir.

Türkiye’de toplumun bazı kesimlerinde sigortaya ve sigorta şirketlerine güvensizlik ve şüphe duygusu oluşabilmektedir. Özellikle sağlık sigortalarında bazı sigortalılar, sigorta şirketlerinin hasarı ödememek için çeşitli şartlar koyduğunu öne

sürmektedir. Ayrıca sağlık sigortası şirketlerinin aynı ürün ve teminatlar için farklı fiyatlar talep etmesi sigorta yaptırmak isteyen kişilerde özel sağlık sigortasına karşı tereddüt ve güvensizlik duygusu oluşturabilmektedir. Bu güvensizlik algısının ve olumsuz imajın ortadan kaldırılması için sigorta şirketleri daha net ve şeffaf şekilde çalışmalarını sürdürmelidir. Bu amaçla şirketler kendilerini iyi ifade etmeli ve potansiyel müşterilerinin güvenini kazanmaya çalışmalıdır. Fiyatlandırmadaki farklılıklar minimize edilmeli ve sağlık sigortası poliçelerinin faturalandırılmasında teminatlara göre belirli bir standardizasyon getirilmelidir.

Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının gelişimini engelleyen veya yavaşlatan çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık sisteminde aşırı ve gereksiz hizmet kullanımı, arz ve talep yönlü suistimaller ve sigorta şirketlerinin pazar paylarındaki orantısızlıklar bunların başlıcaları sayılabilir. Türkiye’de özellikle özel sağlık hizmet sunucularında hem arz hem de talep taraflı suistimaller ve kötü niyetli yaklaşımlar yaşanabilmektedir. Özel sağlık sigortacılığında hem sağlık hizmet sunucuları hem de sigortalılar azami iyi niyet prensibini zedeleyecek tutum ve davranışlar sergileyebilmektedir. Hekim ve hemşireler başta olmak üzere kimi sağlık profesyonelleri hastanın sağlık hizmeti maliyetlerini sigortanın ödeyeceği şekilde rapor edebilmektedir. Örneğin, bazı doktorlar hastanın uzun bir süredir var olan kronik hastalığını sanki yeni ortaya çıkmış gibi rapor edebilmektedir. Benzer şekilde sigortalılar da yanıltıcı beyanatta bulunarak mevcut hastalıklarını ve kronik rahatsızlıklarını sigorta şirketinden gizleyebilmektedir. Bunun sonucunda bu kişiler haksız teminat ve tazminatlara sahip olabilmektedir. Bu ve benzeri davranışlar, kısa vadede sigortalının lehine bir durummuş gibi görünse de uzun vadede sağlık sigortasında maliyet artışlarına yol açmakta ve bu sebeple de tüm sigortalıların ödedikleri prim tutarlarında genel artış yaşanmasına yol açmaktadır.

Özel sağlık sigortası poliçesinin düzenlenme aşamasında tüketicilerin eksik ve yanıltıcı bilgi vermesini önlemek amacıyla sigorta şirketlerinin özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin tüm sağlık verilerine erişmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık sigortası primlerinin gerçekçi şekilde belirlenmesi ve suistimallerin önüne geçilmesi bakımından, sigorta şirketleri sağlık sigortalarında Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümlerinden muaf tutulmalıdır. Sağlık sigortası şirketleri

teminatlarını hastanın sağlığı üzerinden işlem yapan işletmeler olduğundan dolayı, sigortalılarının sağlık bilgilerinin kişisel-özel veri statüsünde değerlendirilmemesi gerekmektedir.

Türkiye’de özel sağlık sigortası sektöründe az sayıdaki birkaç şirket yüksek prim üretimleri ve sahip oldukları orantısız pazar payları ile sektörü domine etmektedir. Örneğin hastalık/sağlık branşında toplam 38 şirketin prim üretimi gerçekleştirdiği 2020 yılında sadece ilk üç şirketin (Allianz, Bupa Acıbadem ve Anadolu Sigorta) pazar payı %64,35’tir. Sigorta şirketlerinin pazar paylarındaki bu dengesizlik sektörde tekelleşmeye zemin hazırlamaktadır. Sadece üç şirket pazarın %60’ından fazlasına sahip olduğundan dolayı, bu şirketler birçok özel sağlık hizmet sunucusuyla pazarlıklar yapabilmekte ve indirimler alabilmektedir. Söz konusu sigorta şirketlerinin sigortalı sayısı çok daha fazla olduğundan dolayı, özel hastane yöneticileri bu şirketlerin pazardan çıkma endişesiyle indirimler uygulamakta, fiyatlandırmada ve faturalandırmada bu şirketlere çeşitli ayrıcalıklar tanımaktadır. Bu durum sigorta şirketlerinin arasında çeşitli kopmaların yaşanmasına yol açmıştır. Sektörde çok daha az prim üretimi ve pazar payına sahip olan diğer şirketler sağlık branşından çıkmaya yönelmektedir.

Türkiye sağlık sisteminde aşırı ve gereksiz hizmet tüketimi yaşanmaktadır. Sigortalılar bazı durumlarda tıbben ihtiyaç duymasa da, sırf özel sağlık sigortası primi ödedikleri için sağlık hizmeti almayı talep edebilmektedir. Sigorta kapsamında olan kişiler için sağlık hizmetleri, katılım payları ve teminat kapsamı dışındaki durumlar haricinde, ücretsiz olduğundan dolayı sigortalılar olması gerekenden daha çok ve daha sık sağlık hizmeti kullanmaya yönelebilmektedir. Özel ve kamu hizmet sunucularında sağlık hizmetlerinin bu ve benzeri sebeplerle gereksiz ve aşırı tüketimi sağlık finansmanında kaynak israfına yol açmakta ve maliyetleri yükseltmektedir. Dolayısıyla sağlık servislerinin sunumunda kontrol mekanizmalarının etkisiz ve zayıf olduğu görölmektedir. Aynı şekilde klinik rehberlerin yetersiz olması da sağlık hizmetlerinde arz taraflı olarak aşırı ve gereksiz hizmet tüketimini tırmandırmaktadır. Bu durum da aynı şekilde özel sağlık sigortasının maliyetlerini yükselterek sigortalı sayısının artmasını engellemektedir.

Genel Sağlık Sigortası 5510 sayılı Kanun gereği tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunlu ve sürekli statüdedir. Çalışan ve işverenler işçi hissesinden %5, işveren hissesinden %7,5 olmak üzere toplamda %12,5'lik GSS primi ödemekle yükümlüdür. Fakat özel sağlık sigortası sahibi kişiler kamu sağlık hizmet sunucularını kullanmasalar dahi söz konusu yasa gereği GSS'ye prim ödemeye devam etmektedir. Bu durum literatürde çifte primlendirme olarak görülebilmekte ve kimi uzmanlar tarafından hakkaniyete aykırı bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası yaptıran sigortalılar hem özel sağlık sigortası primi ödemekte hem de kamu hastanelerini tercih etmediği halde GSS primi ödemektedir. Bu durum ülkemizde özel sağlık sigortalarına olan talebi azaltmaktadır. Ayrıca Genel Sağlık Sigortasının teminat kapsamının çok geniş olması, sağlık politikalarında sosyal devlet anlayışının benimsenmesi ve ülke nüfusunun neredeyse tamamının GSS kapsamında yer alması aynı şekilde özel sağlık sigortalarına olan ilgiyi ve istekliliği azaltmaktadır.

Almanya'da 2021 yılında yıllık kazancı 64.350 Euro olan Almanya vatandaşları isteğe bağlı olarak zorunlu Yasal Hastalık Sigortası kapsamından çıkarak özel sağlık sigortası yaptırebilmektedir. Yani aylık geliri 5.362 Euro ve üstü olan Almanya vatandaşları tam teminat paketli özel sağlık sigortası kapsamına girebilmektedir. Benzer şekilde Türkiye'de de, aylık net kazancı belirli bir seviyenin üzerinde olan vatandaşlar için, isteğe bağlı olarak Genel Sağlık Sigortası kapsamından çıkma ve özel sağlık sigortası yaptırebilme imkanı ve hakkı olmalıdır. Bu şekilde özel sağlık sigortasına talep artacak ve ayrıca kamu hizmet sunucuları üzerindeki finansman yükü de hafifletilmiş olacaktır. Ayrıca sigortalıların daha yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişim için seçim şansı artacaktır. Vatandaşların GSS kapsamından çıkarak isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortası yaptırebilme şansına sahip olabilmesi için öncelikle ilgili yasal mevzuatta gerekli değişikliklerin ve revizyonların yapılması gerekmektedir.

Özel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması ve sigortalı sayısının artırılması amacıyla kamu eliyle çeşitli teşvik mekanizmalarının hayata geçirilmesi gerekmektedir. Başlangıçta zorunlu statüde olmamak kaydıyla, BES uygulamasına benzer faaliyetlerin özel sağlık sigortacılığına yönelik olarak da yapılması gerekmektedir. Bu doğrultuda, gönüllülük esasına dayalı olarak, işyerinde 10 veya

daha fazla işçi çalıştıran ve tüm çalışanlarına grup sağlık sigortası yaptıran işverenler için gelir vergisi veya kurumlar vergisinden belirli oranlarda indirimler ya da muafiyetler yapılmalıdır. Kurumsal poliçelerin mevcut teşvik sistemlerine dahil edilmesi, hem uygulamada yaşanabilecek zorlukları aşmaya katkı sağlayacak hem de sistemin güçlendirilmesi adına çeşitli fırsatlar doğuracaktır. Ayrıca kurumsal sigortalarda olduğu gibi bireysel poliçelerde de çeşitli teşvik ve devlet desteği uygulamaları söz konusu olmalıdır. İleri vadede devlet BES'te yapılan %25'lik katkıda olduğu gibi özel sağlık sigortası yaptıran kişilere de belirli oranlarda destek sağlamalıdır.

Sigorta sektörü, yapısı gereği ekonomik göstergelerdeki değişimlerden çok çabuk etkilenmektedir. Ekonomide bozulmaların yaşandığı dönemlerde sigorta şirketlerinin etkinlik düzeylerinde düşüşler yaşanmaktadır. Refah düzeyi yüksek ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'de sigorta sektörünün yeterince gelişmemesinin en önemli sebebi ülkemizdeki ekonomik faktörlerdir. Gelir dağılımındaki adaletsizlikler, sürekli artan döviz kurları, milli para biriminin değer kaybetmesi, enflasyonun görece yüksek seyretmesi ve söz konusu ekonomik istikrarsızlıklar sigorta sektörünü ve sağlık sigortacılığının gelişimini olumsuz etkilemektedir. Mevcut ekonomik koşullarda alım gücü düşen bireyler sağlık sigortası satın almakta güçlük çekmektedir. Enflasyonun yükselmesi, özellikle sağlık ve hayat sigortalarında sonraki yılların prim tutarlarını arttırmaktadır. Bunun sonucunda da sigortaya olan talep azalmaktadır.

Sigortacılık sektörünün ve özelde özel sağlık sigortacılığının gelişmesi ve büyümesi öncelikli olarak makro ve mikro düzeyde ekonomik şartların iyileştirilmesine bağlıdır. Bu bakımdan işsizlik ve enflasyon oranlarının düşürülmesi, gelir düzeyinin arttırılması, gelir dağılımındaki adaletsizliklerin giderilmesi ve toplumun genel refah seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, siyasi otoritenin ve yetkili kamu organlarının doğru ve etkili ekonomi politikalarını ve faaliyetlerini hayata geçirmesi sektörün gelişimi açısından büyük önem arz etmektedir. Sigorta şirketlerinin etkinliklerinin yükselmesi büyük oranda ekonomik göstergelerin olumlu seyretmesine bağlıdır.

Sigortacılık sektörü ekonomiye fon temin etmektedir. Bu fonlar sermaye piyasalarında değerlendirilmekte ve çeşitli yatırımlara yönlendirilebilmektedir. Böylece sigortacılık faaliyetleri ülke ekonomisine önemli finansal katkılar sağlamaktadır. Benzer şekilde, bir sigorta türü olan özel sağlık sigortaları; sağlık yatırımları için ek kaynaklar oluşturmakta, esneklik ve kar güdüsüyle sağlık hizmetlerinde yeniliği, rekabeti ve verimliliği desteklemekte, kamu sektöründe reformları hızlandırmakta ve tüketicilerin farklı ihtiyaç ve taleplerine yönelik tercih şansını arttırmaktadır. Özel sağlık sigortası ayrıca sağlık harcamalarını risk ve maliyet paylaşımı yoluyla dengelemekte ve bu sayede kamu üzerinde yoğunlaşan finansman baskısı hafifletilebilmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında kapasite kullanım oranları arttırılabilmekte, maliyet avantajı sağlanabilmekte, bu sayede sigortalıların daha geniş bir çerçevede doktor ve hastane seçme özgürlüğüne kavuşması sağlanmaktadır.

Özel sağlık sigortalarının ekonomideki söz konusu katkı ve avantajlarının gerçekleştirilmesi için öncelikli olarak sigorta şirketlerinin finansal açıdan etkin faaliyet göstermesi gereklidir. Şirketlerin etkin olması, en az maliyetle ve mevcut kaynaklarla maksimum çıktı üretebilme kapasitesini ifade etmektedir. Etkin durumda olmayan şirketlerin mali sürdürülebilirliği tehlikeye girmektedir. Özel sağlık sigortacılığının etkin çalışması sermayenin verimliliğini arttırmakta ve böylece ülke çapındaki tasarrufların yatırımlara ayrılan kısmını yükselterek ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Çalışmada bahsi geçen görüş ve önerilerin özel sağlık sigortası şirketlerinin etkinliğini arttırmaya katkı sağlayacağı umulmaktadır.

EKLER

Ek 1: Sigorta Şirketlerinin 2016 Yılı Girdi ve Çıktı Verileri

Şirket Adı		GİRDİLER				ÇIKTILAR	
		Personel Sayısı*	Acente Sayısı**	Duran Varlıklar (1.000 TL)	Toplam Özsermaye (1.000 TL)	Prim Üretimi (1.000 TL)	Teknik Kar/Zarar*** (1.000 TL)
1	Aksigorta	611	2.366	95.098	402.844	218.566	5.905
2	Allianz	1.584	3.881	735.450	1.642.057	1.477.317	62.642
3	Anadolu Sigorta	1.185	2.458	611.520	1.223.180	405.694	2.294
4	Ankara Sigorta	110	720	7.557	105.123	30.877	16.032
5	Axa	730	2.352	246.690	960.109	252.010	-1.975
6	Bereket (Işık)	110	601	3.853	80.386	475	- 166
7	Bupa Acıbadem	298	234	13.359	226.210	728.475	-1.003
8	Chubb (ACE)	39	14	1.706	58.857	622	448
9	Corpus (Turkland)	51	284	2.664	13.296	490	-281
10	Demir Hayat	93	84	549	18.420	50.952	-2.870
11	Doğa Sigorta	166	1.032	7.130	95.534	7.044	-459
12	Dubai Starr	92	251	9.568	45.618	1.620	161
13	Ethica	54	256	3.894	46.476	534	-65
14	Eureko	582	403	141.096	543.044	95.131	-19.530
15	Generali	246	556	25.940	98.293	2.127	128
16	Groupama	423	3.809	77.738	311.161	131.936	17.918
17	Gulf	17	6	525	12.750	733	-474
18	Güneş Sigorta	600	1.546	584.130	433.195	118.626	-655
19	Halk Sigorta	244	583	14.232	207.177	27.701	3.289
20	HDI	288	1.224	15.725	332.472	9.217	1.191
21	Mapfre	689	2.863	250.227	685.026	431.776	10.403
22	Mapfre Yaşam	42	150	1.398	17.137	5	156
23	Neova	182	1.533	4.526	194.213	148	32
24	Orient	59	449	6.891	5.290	33	10
25	Ray Sigorta	244	1.215	45.063	126.332	15.246	217
26	Şeker Sigorta (SBN)	65	680	17.228	51.692	6.257	135
27	Sompo Japan	466	1.809	29.931	419.859	43.581	22.101
28	Türk Nippon	65	412	8.995	49.985	20.445	3.800
29	Unico	156	771	61.947	61.898	5.154	1.654
30	Ziraat	189	1	12.515	265.007	12.924	827
31	Zurich	252	339	57.383	173.925	30.182	2.768

*Personel Sayısı, Çalışan Sayısı ile Pazarlama Elemanı Sayısı Toplamıdır

**Acente Sayısı Bankalar Hariçtir.

Ek 2: Sigorta Şirketlerinin 2017 Yılı Girdi ve Çıktı Verileri

Şirket Adı		GİRDİLER				ÇIKTILAR	
		Personel Sayısı*	Acente Sayısı**	Duran Varlıklar (1.000 TL)	Toplam Özsermaye (1.000 TL)	Prim Üretimi (1.000 TL)	Teknik Kar/Zarar*** (1.000 TL)
1	Aksigorta	649	2.403	85.488	629.103	258.676	33.365
2	Allianz	1.305	3.857	826.037	2.267.040	1.760.235	227.983
3	Anadolu Sigorta	1.212	2.215	885.784	1.639.021	538.272	9.183
4	Ankara Sigorta	105	710	9.211	152.371	24.592	15.114
5	Axa	658	2.263	246.504	1.008.791	208.706	34.810
6	Bereket	128	622	6.500	84.127	2.537	- 159
7	Bupa Acıbadem	301	236	13.743	294.662	901.229	55.734
8	Chubb European Group	39	16	1.612	79.148	830	- 850
9	Corpus (Turkland)	44	234	796	61	1.306	116
10	Demir Hayat	76	103	1.632	12.304	55.837	- 5.752
11	Doğa Sigorta	225	1.383	11.347	180.780	25.894	1.752
12	Dubai Starr	88	201	3.491	35.100	1.740	290
13	Ethica	56	273	6.435	99.490	3.958	184
14	Eureko	563	350	144.580	610.126	126.632	- 18.251
15	Generali	187	520	20.514	88.968	3.622	621
16	Groupama	399	3.489	105.403	289.788	143.126	15.545
17	Gulf	226	309	14.887	172.162	26.289	6.369
18	Güneş Sigorta	590	1.554	728.710	677.599	142.589	- 10.076
19	Halk Sigorta	240	533	16.223	242.274	37.342	8.155
20	HDI	302	1.290	14.427	411.004	13.194	3.778
21	Mapfre	781	2.505	266.846	894.014	477.774	9.522
22	Mapfre Yaşam	172	226	1.435	16.970	5	12
23	Neova	204	1.872	10.945	311.677	212	44
24	Orient	73	546	7.309	11.972	235	74
25	Ray Sigorta	247	1.214	75.012	184.926	21.338	2
26	Şeker Sigorta (SBN)	66	669	19.200	64.760	15.272	375
27	Sompo Japan	511	2.053	42.850	848.229	62.767	28.606
28	Türk Nippon	83	462	6.244	71.798	28.928	6.405
29	Unico	170	885	55.979	76.953	9.429	3.335
30	Ziraat	188	1	16.359	434.668	14.644	1.306
31	Zurich	261	176	56.831	239.234	30.506	1.728

*Personel Sayısı, Çalışan Sayısı ile Pazarlama Elemanı Sayısı Toplamıdır

**Acente Sayısı Bankalar Hariçtir.

Ek 3: Sigorta Şirketlerinin 2018 Yılı Girdi ve Çıktı Verileri

Şirket Adı		GİRDİLER				ÇIKTILAR	
		Personel Sayısı*	Acente Sayısı**	Duran Varlıklar (1.000 TL)	Toplam Özsermaye (1.000 TL)	Prim Üretimi (1.000 TL)	Teknik Kar/Zarar*** (1.000 TL)
1	Aksigorta	648	2.654	97.099	717.959	276.668	53.698
2	Allianz	1.571	3.728	845.132	2.487.314	2.200.939	416.764
3	Anadolu Sigorta	1.288	2.220	751.576	1.646.206	710.922	22.167
4	Ankara Sigorta	113	761	12.379	186.974	32.524	15.368
5	Axa	673	2.198	215.563	1.082.284	254.936	98.130
6	Bereket (Işık)	176	894	12.410	56.344	2.827	1.125
7	Bupa Acıbadem	332	223	24.857	388.644	1.133.616	74.119
8	Chubb (ACE)	42	20	1.601	94.338	1.364	-2.466
9	Corpus (Turkland)	41	322	773	12.888	1.397	-249
10	Demir Hayat	83	127	2.892	19.489	68.241	-4.632
11	Doğa Sigorta	256	1.655	14.820	245.533	52.717	18.420
12	Dubai Starr	89	199	1.720	54.444	3.384	1.657
13	Ethica	60	288	7.391	134.596	10.588	2.148
14	Eureko	507	369	154.299	653.273	152.990	-27.749
15	Generali	179	495	23.338	103.707	8.483	1.977
16	Groupama	368	1.709	150.660	527.775	164.344	15.857
17	Gulf	241	426	22.226	187.669	19.719	6.280
18	Güneş Sigorta	601	1.418	843.295	802.284	153.222	-2.010
19	Halk Sigorta	244	659	20.959	375.078	39.893	11.802
20	HDI	418	1.917	63.377	487.694	17.056	5.100
21	Mapfre	806	2.191	272.860	682.458	559.630	45.321
22	Mapfre Yaşam	180	317	1.372	18.959	5	-27
23	Neova	225	2.076	19.610	401.424	275	77
24	Orient	69	672	14.121	27.905	380	346
25	Ray Sigorta	268	1.137	76.976	212.172	37.478	-12.851
26	Şeker Sigorta (SBN)	67	663	20.063	75.465	14.181	893
27	Sompo Japan	612	2.164	63.456	1.135.823	95.117	57.191
28	Türk Nippon	97	652	7.883	101.986	67.287	15.625
29	Unico	181	1.050	35.191	8.343	14.573	6.386
30	Ziraat	172	1	24.779	644.128	20.685	4.724
31	Zurich	276	164	53.348	311.066	42.756	3.816

*Personel Sayısı, Çalışan Sayısı ile Pazarlama Elemanı Sayısı Toplamıdır

**Acente Sayısı Bankalar Hariçtir.

Ek 3: Sigorta Şirketlerinin 2019 Yılı Girdi ve Çıktı Verileri

Şirket Adı		GİRDİLER				ÇIKTILAR	
		Personel Sayısı*	Acente Sayısı**	Duran Varlıklar (1.000 TL)	Toplam Özsermaye (1.000 TL)	Prim Üretimi (1.000 TL)	Teknik Kar/Zarar*** (1.000 TL)
1	Aksigorta	662	2.961	134.110	898.669	390.932	65.868
2	Allianz	1.596	3.878	911.791	3.232.939	3.046.700	538.964
3	Anadolu Sigorta	917	2.198	915.272	2.155.296	822.909	-5.652
4	Ankara Sigorta	117	783	17.236	176.919	57.023	34.019
5	Axa	697	2.318	206.788	1.774.865	386.168	94.491
6	Bereket (Işık)	177	774	27.651	105.272	7.169	-17
7	Bupa Acıbadem	357	215	36.575	578.957	1.578.796	92.690
8	Chubb (ACE)	50	27	9.187	240.214	1.436	-2.889
9	Corpus (Turkland)	42	537	12.864	36.223	934	-181
10	Demir Hayat	85	228	4.178	16.313	98.658	-5.106
11	Doğa Sigorta	269	1.681	31.496	328.488	66.397	44.284
12	Dubai Starr	72	175	4.614	55.625	3.594	-8
13	Ethica	66	347	16.018	186.510	21.469	2.289
14	Eureko	667	437	164.088	748.425	77.600	-62.925
15	Generali	193	501	36.989	199.431	5.379	2.126
16	Groupama	361	1.580	123.155	543.087	203.869	8.928
17	Gulf	245	431	20.887	280.910	23.424	6.739
18	Güneş Sigorta	613	1.412	962.768	1.290.141	281.348	61.139
19	Halk Sigorta	257	860	36.199	606.664	55.764	9.186
20	HDI	447	3.004	182.224	752.354	51.381	16.272
21	Mapfre	692	2.150	285.827	743.208	707.783	74.820
22	Mapfre Yaşam	131	392	1.983	17.543	7	29
23	Neova	251	2.270	34.824	495.823	925	222
24	Orient	60	608	18.512	77.603	469	245
25	Ray Sigorta	285	1.303	84.174	262.154	53.162	-18.134
26	Şeker Sigorta (SBN)	67	729	22.099	100.573	18.423	1.365
27	Sompo Japan	647	2.280	180.870	1.617.305	114.625	44.854
28	Türk Nippon	106	810	16.096	141.581	97.036	22.349
29	Unico	156	973	89.921	36.862	39.087	13.691
30	Ziraat	167	0	38.410	741.923	22.933	2.126
31	Zurich	277	169	90.244	381.662	48.022	4.992

*Personel Sayısı, Çalışan Sayısı ile Pazarlama Elemanı Sayısı Toplamıdır

**Acente Sayısı Bankalar Hariçtir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ABEL-SMITH, Brian. **An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing**, 1st Edition, New York: Longman Group Limited, 1994.

ACİNAN, Hilmi. **Sigortanın Temel Prensipleri**, İstanbul: Güneş Sigorta, 2005.

AKAL, Zühal. **İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi**, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2005.

AKDAĞ, Recep. (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2012.

AKGÜL, Aziz. **Genel Sağlık Sigortası**, 1. Baskı: Ankara: Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları, 2003.

Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Belgeler**, 2. Baskı: Ankara, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 1992.

ATALAY, Elvan. “Hayat Sigortaları (Hayat, Ferdi Kaza, Sağlık)”, 2017, İstanbul Üniversitesi, Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/bankacilik_ve_sigortacilik_onlisans_ue/hayat_sigortolari.pdf, (13/09/2020).

ATASEVER, Mehmet. **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014.

ATEŞ, Metin. **Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım, 2016.

AUSTIN, Andrew ve HUNGERFORD, Thomas L. **The Market Structure of the Health Insurance Industry**, Washington D.C.: Congressional Research Service, 2009.

Australian Government Department of Health and Ageing, **Preventive Health Care In Australia: The Shape of the Elephant, Reliance on Evidence and Comparisons to U.S. Medicare**, Canberra: Commonwealth of Australia, 2006.

AYDEMİR, Zeynep Canan. **Bölgesel Rekabet Edebilirlik Kapsamında İllerin Kaynak Kullanım Görece Verimlilikleri: Veri Zarflama Analizi Uygulaması**, 1. Baskı, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, 2002.

BABAOĞLU, Ali Nahit. **Sağlık Sigortaları ve Sağlık Sigortacılığı**, İstanbul: Kaynak Yayınları, 1993.

BAKIRCI, Fehim. **Üretimde Etkinlik ve Verimlilik Ölçümü**, 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2006.

BAŞ, Melih ve ARTAR, Ayhan. **İşletmelerde Verimlilik Denetimi**, 3. Baskı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 1991.

BAŞTÜRK, Feride Hayırsever., ÇAKMAK, Deniz ve DEMİRTAŞ, Barış. **Sigortacılığa Giriş**, Ankara: Bankacılık Akademisi Yayınları, 2017.

BELEK, İlker. **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul: Sorun Yayınları, 1994.

BELLİ, Paolo., SHAHRIARI, Helen ve Curtio Medical Group. **Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia**, The World Bank - HNP Discussion Paper, 2002, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13773> (05.12.2019).

BODUR, Sait. **Aile Sağlığı**, 1. Baskı, Ankara: Aile Araştırmaları Kurumu, 1991.

BOYLE, Sean. “United Kingdom (England) – Health System Review”, **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.13, No.1, (2011).

BÖLÜKBAŞI, Ayşegül ve PAMUKÇU, Baturalp. **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, 1. Baskı, İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2008.

BULUTOĞLU, Kenan. **Kamu Ekonomisine Giriş**, 1. Baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2003.

BUSSE, Reinhard and BLÜMEL, Miriam. **Germany Health System Review**, Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.

BUSSE, Reinhard and RIESBERG Annette. **Health Care Systems In Transition: Germany**, 2004, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf, (03/01/2020).

CARRIN, Guy ve JAMES, Chris. **Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 2, Cenevre, 2004.

CHARNES, Abraham ve Diğerleri. **Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications**, 1st Edition, Boston: Kluwer Academic Publishings, 1994.

CİVAN, Ali. **Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi**, İstanbul: Umut Matbaacılık, 2010.

CICHON, Michael ve Diğerleri. **Financing Social Protection**, 1. Baskı, Geneva: International Labour Office, 2004.

CLARKE, Emily and BIDGOOD, Elliot. **Health Care Systems: Germany**, 2012, <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/germany.pdf>, (03/01/2020).

COELLI, Tim. **A Guide to DEAP Version 2.1: A Data Envelopment Analysis (Computer) Program**, Armidale: University of New England Center for Efficiency and Productivity Analysis, 1996.

COOPER, William W., SEIFORD, Lawrence M. and ZHU, Joe. “Data Envelopment Analysis: History, Models and Interpretations”, William W. COOPER, Lawrence M. SEIFORD and Joe ZHU (Ed.), **Handbook on Data Envelopment Analysis içinde** (1-40), Berlin: Springer Science + Business Media, 2011.

COOPER, William W., SEIFORD, Lawrence M. and TONE, Kaoru. **Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text With Models, Applications, References and DEA Solver Software**, New York: Kluwer Academic Publishers, 2000.

ÇEKER, Mustafa. **Sigorta Hukuku**, 15.Baskı, Adana: Karahan Kitabevi, 2016.

ÇELİK, Yusuf. **Sağlık Ekonomisi**, Ankara: Siyasal Yayın Dağıtım, 2016.

Deloitte Türkiye, **Türkiye Sağlık Sektörü Raporu**, İstanbul, 2012.

DİNÇ, Gönül. **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**, 1. Baskı, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009.

DOĞAN, Üzeyme. **Verimlilik Analizleri ve Verimlilik-Ergonomi İlişkileri**, 1. Baskı, İzmir: İzmir Ticaret Borsası Yayınları, 1987.

DRUCKER, Peter F. **Management: Tasks, Responsibilities, Practices**, New York: Harper & Row Publishers Inc., 1993.

EDGMAN, Michael R., MOOMAW, Ronald L. and OLSON, Kent W. **Economics and Contemporary Issues**, Orlando: The Dryden Press, 1996.

EGELİ, Haluk. **Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlülükler**, İzmir: Altın Nokta Basım Yayın, 2009.

EKENER, Haşim. **Sigortacılıkta Tıp**, İstanbul: Beta Basım Yayın, 1995.

EVANS, Robert G. “Financing Health Care Taxation and the Alternatives”, Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Josep FIGUERAS, Joe KUTZIN, (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe içinde**, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, , 2002.

FİŞEK, Nusret H. **Halk Sağlığına Giriş**, 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi – Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Yayını, 1983.

FOUBISTER, Thomas ve Diğerleri. **Private Medical Insurance in the United Kingdom**, Copenhagen: World Health Organization, 2006.

FRIED Bruce and M. GAYDOS, Laura. **World Health Systems: Challenges and Perspectives**, 2nd Edition, Chicago: Health Administration Press, 2012.

GOTTRET, Pablo ve SCHIEBER, George. **Health Financing Revisited – A Practitioner’s Guide**, Washington D.C.: The World Bank, 2006.

GÜLCÜ, Aslan., TUTAR, Hasan ve YEŞİLYURT, Cavit. **Sağlık Sektöründe Veri Zarflama Analizi Yöntemi İle Göreceli Verimlilik Analizi**, 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005.

GÜVEL, Enver Alper ve GÜVEL, Afıtap Öndas. **Sigortacılık**, 4.Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2008.

IMMERGUT, Ellen M. **Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe**, 1st Edition, Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

KARHONEN, Pekko. **Searching the Efficient Frontier in Data Envelopment Analysis**, Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis, 1997.

KAYA, Mehmet. **Bankacılık ve Sigortacılık**, Ankara: Murat Açıköğretim Yayınları, 1999.

KAYA, Ferudun ve KAHYA, Mehmet. **Sigorta ve Sigortacılık**, 1. Baskı, Ankara: Beta Yayıncılık, 2017.

KEABLE-ELLIOT, India. **Hypothecated Taxation and the NHS**, Centre Forum, 2014.

KEÇEK, Gülnur. **Veri Zarflama Analizi: Teori ve Uygulama Örneği**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2010.

KİPER, Mahmut. **Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi**, 1. Baskı, Ankara: Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı, 2013.

KOCH, Alma L. “Financing Health Services”, Paul Roger TORRENS ve Stephen Joseph WILLIAMS (Ed.), **Introduction to Health Services** içinde (92-123), New York: Delmar Publishers, 1993.

KONGAR, Bilgi. **Sağlık Sigortalıları**, Ankara: Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, 1989.

KÖK, Recep ve DELİKTAŞ, Ertuğrul. **Endüstri iktisadında Verimlilik Ölçme ve Strateji Geliştirme Teknikleri**, 1. Baskı, İzmir: Dokuz eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Yayınları, 2003.

KURAL, Nurdan ve POLAT, Zeynep. **Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım**, 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1998.

KURT, Resul. **5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapan 5754 Sayılı Kanun (Karşılaştırmalı ve Açıklamalı)**, 1. Baskı, İstanbul: İSMMMO, 2008.

KUTLAR, Aziz., YÜKSEL, Fatih ve BAKIRCI, Fehim. **Türkiye’de Belediyelerin Ekonomik Etkinliği ve Etkinliğe Etki Eden Faktörler Üzerine Bir Araştırma**, Ankara: Korza Yayıncılık, 2011.

LAFOND, Anne. **Sustaining Primary Health Care**, 1.Baskı, Londra: Earthscan Publications Limited, 1995.

LEE, Kelly and GOODMAN, Hillary. “Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980’s”, Kelly LEE, Kent BUSE, Suzanne FUSTUKIAN (Eds), **Health Policy In A Globalising World** içinde, (97-119) Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

LEVITT, Ruth., WALLAND, Andrew and APPLEBY, John. **The Reorganized Health Service**, 6th Edition, Cheltenham: Chapman and Hall UK, 1996.

LISTER, John. **Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz?**, İstanbul: İnsev Yayınları, 2008.

LIU, Eva ve WONG, Elyssa. **Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom**, Hong Kong: Provisional Legislative Council Secretariat Research and Library Services Division, 1998.

MATTHEWS, Kent and İSMAİL, Mahadzir. **Efficiency and Productivity Growth of Domestic and Foreign Commercial Banks in Malaysia**, Cardiff: Cardiff Economics Working Papers, 2006.

MCINTYRE, Diane. **Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries**, Geneva: Global Forum For Health Research, 2007.

MCPAKE, Barbara ve KUTZİN, Joseph. **Methods for Evaluating Effects of Health Reforms**, Geneva: World Health Organisation, 1997.

MEDEIROS, Joao and SCHWIERZ, Christoph. “Efficiency Estimates of Health Care Systems in the EU”, **European Economy- Economic Papers**, 2015, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp54_9_en.pdf, (26/12/2019)

Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP). **Pazarlama ve Perakende Sağlık Sigortası**, 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigoras%C4%B1.pdf, (07.04.2020).

MILLS, Anne ve GILSON, Lucy. **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**, 1.Baskı, Londra: Evaluation and Planning Centre for Health Care, 1988.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEGEP), Pazarlama ve Perakende: Sağlık Sigortası, 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf, (07/03/2020).

MOSSIALOS, Elias and WENZL, Martin. **International Profiles of Health Care Systems**, London: The Commonwealth Fund, 2015.

MOSSIALOS, Elias ve DIXON, Anna. "Funding Health Care: An Introduction", MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Joseph., KUTZIN, Joe. (Eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (1-30), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

MOSSIALOS, Elias ve DIXON, Anna. "Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options", MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Josep. ve KUTZIN Joe. (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

NORMAN, Michael and STOKER, Barry. **Data Envelopment Analysis: The Assessment of Performance**, 1st Edition, New York: John Wiley & Sons Inc., 1991.

NORMAND, Charles ve WEBER, Axel. **Social Health Insurance: A Guidebook For Planning**, 2.Baskı, Bad Homburg: VAS-Verlag für Akademizche Schriften, 2009.

NORMAND, Charles ve BUSSE, Reinhard. "Social Health Insurance Financing", MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Josep. ve KUTZIN, Joe. (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (59-79), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, 2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, (10/04/2017).

OECD/European Union, **Health At A Glance: Europe 2018: State of Health In the EU Cycle**, Paris: OECD Publishing, 2018.

OECD/EU, **Health At a Glance:Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, 2016, www.oecd.org, (05/12/2019).

OECD, European Union and World Health Organization, A System of Health Accounts, 2017, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270985-8-en.pdf?expires=1623315865&id=id&accname=guest&checksum=448D9FF58D3F685A272597FF7E2AC225>, (06/02/2020).

ORAL, A. İlhan. **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2002.

ORHANER, Emine. **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara: Gazi Kitabevi, 2000.

ORHANER, Emine. **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014.

ÖZBAY, Hüseyin ve Diğerleri. “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, MOLLAHALİLOĞLU, Salih ve Diğerleri. (Ed.), **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007** içinde, (98-154) Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

ÖZBOLAT, Murat. **Temel Sigortacılık**, 6. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2014.

PROPENKO, Joseph. **Productivity Management: A Practical Handbook**, Geneva: International Labour Office, 1987.

REINHARDT, Uwe E. “The Health System of the United States: Lessons for Other Countries”, David W. DUNLOP and Jo M. MARTINS (Ed.), **An International Assessment of Health Care Financing: Lessons For Developing Countries** içinde (115-148), Washington D.C.; The World Bank, 1995.

RICE, Thomas ve Diğerleri. “United States of America: Health System Review” **Health Systems in Transition**, Vol:15, No:3, 2013.

ROBERTS, Marc J., HSIAO, William., BERMAN, Peter. ve REICH, Michael R. **Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity**, New York: Oxford University Press, 2004.

RON, Aviva., ABEL-SMITH, Brian ve TAMBURİ, Giovanni. **Health Insurance In Developing Countries: The Social Security Approach**, 1.Baskı, Geneva: International Labour Office, 1990.

SALTMAN, Richard B. “Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability”, SALTMAN, Richard B., BUSSE, Reinhard ve FIGUERAS, Josep (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (3-20), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004.

SALTMAN, Richard B. ve DUBOIS, Hans F.W. “The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems”, SALTMAN, Richard B., BUSSE, Reinhard. ve FIGUERAS, Josep. (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (21-32), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004.

SARGUTAN, A. Erdal (Ed.). **84 Ülke ve Türkiye’nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006.

SARGUTAN, A. Erdal. **Türk Sigorta Sektörünün Yapısı**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1993.

SAVEDOFF, William ve SEKHRI, Neelam. **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 3, Cenevre, 2004.

SEKHRI, Neelam., SAVEDOFF, William and THRIPATHI, Shivani. **Regulation Private Health Insurance to Serve the Public Interest**, Geneva: World Health Organization, 2005.

SERİN, İlhan. **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, 1. Baskı, İstanbul: Kazancı Kitabevi, 2004.

Social Security and Medicare Boards of Trustees, **Status of the Social Security and Medicare Programs A Summary of the 2017 Annual Reports**, 2017.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu**, 2017, <http://www.sgk.gov.tr/2016FaaliyetRaporu.pdf>, (18/04/2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi No.79, 2013.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu, Yayın No: 80, 2013.

SÖZER, Ali Nazım. **Sosyal Devlet Uygulamaları**, 1. Baskı, İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Yayını, 1997.

STIGLITZ, E. Joseph. **Economics of the Public Sector**, 2nd Edition, New York: Princeton University Press, 1988.

SÜLKÜ, Seher Nur. **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011.

ŞAHİN, Bayram ve Diğerleri, **Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması - Nihai Rapor**, Hacettepe Üniversitesi, <http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/cepten.pdf>, (08/12/2019).

TABAK, Ruhi Selçuk. **Sağlık Eğitimi**, Ankara: Sömgür Yayıncılık, 2000.

TARIM, Armağan. **Veri Zarflama Analizi: Matematiksel Programlama Tabanlı Görelî Etkinlik Ölçüm Yaklaşımı: İnceleme**, 1. Baskı, Ankara: T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2001.

TASBAŞI, Ekrem. “Özel Hastanelerce Muayenelerde Alınabilecek İlave Ücretler ve Bunlara İlişkin Cezai Şartlar”, **Mali Çözüm**, Mayıs-Haziran 2012.

TATAR, Mehtap ve Diğerleri. “Turkey Health System Review”, **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Vol.13, No.6, 2011.

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, **Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2017 - Bölüm II: Tablolar**, Ankara, 2018, <https://www.hmb.gov.tr/sigortacilik-ve-ozel-emeklilik-raporlari> (03/01/2020)

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, **Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2018 - Bölüm II: Tablolar**, Ankara, 2019, <https://www.hmb.gov.tr/sigortacilik-ve-ozel-emeklilik-raporlari> (04/01/2020)

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2019, 2020, Tablo 37 ve Tablo 43

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2019.

TEMEL, Türkan. **Özel Hastaneler Sektör Profili**, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2003.

The World Bank, **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, Volume 1- Main Report, 2003.

THOMSON, Sarah., FOUBISTER, Thomas and MOSSIALOS, Elias. **Financing Health Care in the European Union – Challenges and Policy Responses**, Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

THORLBY, Ruth ve ARORA, Sandeepa, ”The English Health Care System, 2015”, MOSSIALOS, Elias., WENZL, Martin., OSBORN, Robin. ve SARNAK, Dana. (Ed.), **2015 International Profiles of Health Care Systems** içinde, (49-58) New York - Washington D.C.: The Commonwealth Fund, 2016.

TOKAT, Mehmet. **Sağlık Ekonomisi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994.

TOSUN, Kemal. **İşletme Yönetimi: Genel Esaslar**, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 1990.

TUNCAY, Aziz Can. **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, İstanbul: Beta Yayınevi, 1992.

Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası: Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesine Türkiye İçin Öneriler Raporu**, İstanbul: Deloitte Türkiye, 2015.

TÜTEK Hülya H., GÜMÜŞOĞLU, Şevkinaz ve ÖZDEMİR, Aslı. **Sayısal Yöntemler Yönetmelik Yaklaşım**, 6. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayın, 2012.

TÜZER, Tavbiy Tunga ve GÖRPELİOĞLU, Süleyman. **Aile Hekimliği**, Ankara: Yeni Türkiye Stratejik Araştırma Merkezi, 2001.

UĞUR, Suat. **Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi**, 1. Baskı, Ankara: TİSK Yayınları, 2004.

ÜNSAL, Erdal. **Mikro İktisat**, 4. Baskı, Ankara: İmaj Yayınevi, 2001.

World Health Organization, **Basic Documents**, 41st Edition, Geneva: WHO Publications, 1996.

World Health Organization and World Bank, **Health System Metrics Monitoring the Health System in Developing Countries**, 2004, http://www.who.int/healthinfo/health_system_metrics_glion_report.pdf, 04.12.2019).

World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (20.02.2019).

World Health Organization Europe. **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?**, www.euro.who.int, (07.12.2019).

World Health Organization, Regional Office for Europe, The World Bank, Republic of Turkey Ministry of Health, **Turkey Health System Performance Assessment 2011**, 2012, <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/2105,turkeyhealthsystem2011pdf.pdf?0>, (06/04/2017).

XU, Ke., SAXENA Priyanka ve HOLLY, Alberto. **The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Data Analysis**, World Health Organization Working Paper, 2011.

YAPAR, Güçkan ve TUNCEL, Sibel Özge. **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye için Model Önerisi**, İstanbul: Milli Reasürans Türk AŞ Yayınları, 2000.

YAVUZ, İlknur. **Sağlık Sektöründe Etkinlik Ölçümü (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama)**, 1. Baskı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2001.

YEĞİNBOY, Yasemin ve TAYLAN, Bahattin. **Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası**, İzmir: Varyeriler Sigortacılık A.Ş., 1993.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin. **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları, 2013.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin ve KONCA, Murat. **Türkiye’de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, 1. Baskı, Ankara: TUSPE Yayınları, 2018.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin., YILDIRIM, Türkan ve AKBULUT, Yasemin. **Sağlık Sigortacılığı**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012.

YILMAZ, Hakkı Hakan ve YAZIHAN, Nuray. **Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Sağlık Uygulama Tebliği Fiyatları Hesaplaması**, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 2014.

YOLALAN, Reha. **İşletmeler Arası Göreli Etkinlik Ölçümü**, 1. Baskı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 1993.

YÜCEL, Emel ve ÖNAL, Yıldırım Beyazıt. “Özel hastanelerde Finansal Sıkıntı ve yeniden Yapılandırma: Adana İlinde Bir Uygulama”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.5, Sayı.2, Ekim 2015.

SÜRELİ YAYINLAR, MAKALE, BÜLTEN, BİLGİLENDİRME REHBERİ

ABEL-SMITH, Brian. “Funding Health for All:Is Insurance the Answer?”,**Health Care – Who Pays?**, World Health Forum - World Health Organization, Cilt 8, 1987.

ABEL-SMITH, Brian. “Assessing the Experience of Health Financing in the United Kingdom”, David W. DUNLOP and Jo M. MARTINS (Ed.), **An International Assessment of Health Care Financing: Lessons For Developing Countries** içinde (149-162), Washington D.C.; The World Bank, 1995.

ADLER, Nicole., FRIEDMAN, Lea and SINUANY-STERN, Zilla. “Review of Ranking Methods in the Data Envelopment Analysis Context”, **European Journal of Operational Research**, Vol.140, No.2, February 2002.

AFONSO, Antonio and AUBYN, Miguel St. “Assessing Health efficiency Across Countries with A Two-Step and Bootsrap Analysis”, **Taylor & Francis Journals**, Vol.18. No.15, 2011

AK, Bilal. “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, **Yeni Türkiye**, Sayı.1, 2001.

ALTAN, Mitra Salimi. “Türk Sigortacılık Sektöründe Etkinlik: Veri Zarflama Analizi Yöntem İle Bir Uygulama”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.12, Sayı.1, 2010.

ALTUN, Rifat ve Diğerleri, “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”, **The Lancet**, Vol.382, 2013.

ANDERSON, Gerard ve HUSSEY, Peter S. “Comparing Health System Performance in OECD Countries”, **Health Affairs**, Cilt.20, Sayı.3, 2001.

ARIK, Özer ve İLERİ, Yusuf Yalçın. “Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, 2016.

ASANDULUI, Laura., ROMAN, Monica and FATULESCU, Puiu. “The efficiency of Health Care Systems in Europe: A Data Envelopment Analysis Approach”, **Procedia economics and Finance**, Vol.10, 2014.

ATAAY, Faruk. “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.41, Sayı.3, 2008.

ATAK Filiz, “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları”, **Hazine Dergisi**, Sayı.3, Temmuz 1996.

ATTİLA, İclal ve KABATAŞ, Yaşar. “Türkiye’de Bilişim Sektöründe Faaliyet Gösteren İşletmelerin Finansal Performanslarının Değerlendirilmesi Veri Zarflama Analizi Uygulaması”, **Vergi Sorunları Dergisi**, Cilt.38, Sayı.327.

BANKER, Rajiv D. and THRALL, Robert M. “Estimation of Returns to Scale Using Data Envelopment Analysis”, **European Journal of Operational Research**, Vol.62, Issue.1, October 1992.

BANKER, Rajiv D., CHARNES, Abraham and COOPER, William W. “Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis”, **Management Science**, Vol.30, No.9, 1984.

BARNIGHAUSEN, Till ve SAUERBORN, Rainer. “One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low – Income Countries?”, **Social Science and Medicine**, Cilt.54, Sayı.10, 2002.

BAŞKAYA, Zehra ve AKAR, Cüneyt. “Sigorta Şirketlerinin Satış Performanslarının Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Belirlenmesi”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı.15, 2005.

BAYRAKTUTAN, Yusuf ve PEHLİVANOĞLU, Ferhat. “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı.23, 2012.

BELEK, İlker. **Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü**, 3. Baskı, İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2009.

BİRCAN, Hüdaverdi. “Veri Zarflama Analizi İle Sivas İli Merkez Sağlık Ocaklarının Etkinliğinin Ölçülmesi”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt.12, Sayı.1, 2011.

Blue Cross and Blue Shield Association, Blue Facts, 2018, https://www.bcbs.com/sites/default/files/file-attachments/page/BCBS.Facts_0.pdf, (25/09/2020).

BOZDAĞ, Emre Güneşer. “Türkiye ve Avrupa Birliği Şeker Sanayilerinin Etkinlik Karşılaştırması 1990-2005”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt.22, Sayı.2, 2008.

BOUSSOFIANE, Aziz., DYSON, Robert G. and THANNASSOULIS, Emmanuel. “Applied Data Envelopment Analysis”, **European Journal of Operational Research**, Vol.52, No.1.

BÜYÜKMİRZA, H. Kamil ve DURUKAN KÖSE, Serap. “Sağlık Uygulama Tebliği’nin Poliklinik Birim Maliyetleri Açısından Değerlendirilmesi”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Yıl.2, Sayı.8, Aralık 2014.

CERAN, Yunus ve ÖZDEMİR, Şefik. “Sağlık İşletmelerinde Paket İşlem Fiyat Uygulamasının Hedef Maliyetleme Yöntemi ve stratejik Pazarlama Muhasebesi Açısından Değerlendirilmesi ve Özel X Diyaliz Merkezinde Bir Uygulama”, **Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Cilt.13, Sayı.26, 2013.

CHARNES, Abraham., COOPER, William W. and RHODES, Edwardo Lao. “Measuring the Efficiency of Decision Making Units”, **European Journal of Operational Research**, Vol.2, Issue.6, November 1978.

CHARNES, Abraham., COOPER, William W. and RHODES, Edwardo Lao. “Evaluating Program and Managerial Efficiency: An Application of Data Envelopment Analysis to Program Follow Through”, **Management Science**, Vol.27, No.6, 1981.

CLAXTON, Gary. “How Private Insurance Works: A Primer”, 2002, Georgetown University, Institution for Health Care research and Policy, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/how-private-insurance-works-a-primer-report.pdf>, (22/07/2020).

COELLI, Timothy. “A Multi-Stage Methodology for the Solution of Orientated DEA Models”, **Operations Research Letters**, Vol.23, No.3, 1998.

COGAN, John Aloysius. “Does Small Group Health Insurance Deliver Group Benefits? An Argument in Favor of Allowing the Small Group Market to Die”, 2018, University of Connecticut, School of Law, https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1462&context=law_papers, (06/09/2020).

COLOMBO, Francesca and TAPAY, Nicole. "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", PECD Health Working Papers, 2004, Vol.6, <https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>, (28/07/2020).

Congressional Research Service, Medicaid: An Overview, 2019, <https://fas.org/sgp/crs/misc/R43357.pdf>, (23/09/2020)

COOK, Wade D. and SEIFORD, Lawrence M. "Data Envelopment Analysis (DEA) – Thirty Years On", **European Journal of Operational Research**, Vol.192, No.1, January 2009.

COOPER. William W. ve Diğerleri. "Sensitivity and Stability Anlysis in DEA: Some Recent Developments", **Journal of Productivity Analysis**, Vol.15, No.3, 2001.

CUMMINS, J. David., TURCHETTİ, Giuseppe and WEISS, Mary A. "Productivity and Technical Efficiency in the İtalian Insurance Industry", **The Wharton Financial Institutions Center**, Vol.96, 1996.

CURRESHEL, Robert ve FORRESTAL, Elizabeth. "International Models of Health Systems Financing", **Journal of Hospital Administration**, Cilt.3, Sayı.4, 2014.

ÇAKMAK, Mehtap., ÖKTEM, M. Kemal ve ÖMÜRGÖNÜLŞEN, Uğur. "Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniğı ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.12, Sayı.1, 2009.

ÇETİN, Rana. "İngiltere, Almanya ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları", **Emek Dünyası Dergisi**, Eylül 2007.

DENAWAS-WALT, Carmen., D. PROCTOR, Bernadette and J. SMITH, Jessica. "Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2012", **Current population Reports**, United States Government Printing Office, September 2013.

DHALLA, Irfan. "Private Health Insurance: An International Overview and Considerations For Canada, **Longwoods Review**, Vol.5, No,3, 2007.

DİNÇER, Erdal. "Veri Zarflama Analizi'nde Malmquist Endeksiyle Toplam Faktör Verimliliğı Değışiminin İncelenmesi ve İMKB Üzerine Bir Uygulama", **Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt.25, Sayı.2, 2008.

DİZDAR, Tarkan. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, 2014, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_TDizdar.pdf, (06.01.2020)

DOĞUKAN, Mümine Nurdan. Özel Sağlık Sigortası, 2014, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_MNurdan-Dogukan.pdf, (06/01/2020).

DOLTON, Peter and PATHANIA, Vikram. “Can Increased PrimaryCare Access Reduce Demand for Emergency Care? Evidence from England’s 7-Day GP Opening”, **Journal of HealthEconomics**, Vol.49, 2016.

DOMAPIELLE, Maximillian Kolbe. “Health Insurance and Access to Health Care Services in Developing Countries”, **Journal of Government and Politics**, Vol.5, No.1, February 2014.

DRECHSLER, Denis and JÜTTING, Johannes P. “Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries?” **Policy Insights**, No.11, August 2005.

DYSON, Robert G. ve Diğerleri. “Pitfalls and Protocols in DEA”, **European Journal of Operational Research**, Vol.132, No.2, 2001.

ELLIS, Randall P., CHEN, Tianxu and LUSCOMBE, Calvin E. “Comparisons of Health Systems In Developed Countries”, **Elsevier Press**, No.3, 2014.

ERDOĞAN, Sarper. “Almanya’da Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Doktor Dergisi**, Cilt.9, Sayı.64, 1994.

ERGİN, Hediye. “Alman Hukukunda Sağlık Yardımları”, **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, 2007.

ERKEK, Nuray ve ERKEK, Fatih. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı.79, Haziran 2012.

EROL, Hatice ve ÖZDEMİR, Abdullah. “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, 2014.

ERTUĞRUL, İrfan ve TUŞ IŞIK, Ayşegül. “İletmelerin VZA İle Mali Tablolarına Dayalı Etkinlik Ölçümü: Metal Ana Sanayiinde Bir Uygulama”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt.10, Sayı.1, 2008.

FARREL, Michael James. “The Measurement of Productive Efficiency”, **Journal of the Royal Statistical Society**, Vol.120, No.3, 1927.

Federal Employees Health Benefits Program, Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan, 2019, <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/plan-codes/2019/brochures/71-005.pdf>, (23/09/2020).

FERRIER, Gary and LOVELL, C. A. Knox. “Measuring Cost Efficiency in Banking: Economic and Linear Programing Evidence”, **Journal of Econometrics**, Vol.46, Issue.1-2, 1990.

FRANK, Carine and PIERRE, Aurelie. “Compulsory Private Complementary health Insurance Offered by Employers in France: Implications and Current Debate”, **Elsevier Health Policy**, Vol.119, 2015.

FRIEDMAN, Lea and SINUANY-STERN, Zilla. “Combining Ranking Scales and Selecting Variables in the DEA Context: The Case of Industrial Branches”, **Elsevier Science**, Vol.25, No.9, 1998.

GARDNER, Lisa A. and GRACE, Martin F. “X-Efficiency in the U.S. Life Insurance Industry”, **Journal of Banking & Finance**, Vol.17, No.2-3, April 1993.

GOLANY, Boaz and ROLL, Y. “An Application Procedure For DEA”, **Omega**, Vol.1, No.3, 1989.

GUTENBRUNNER, Christoph ve Diğerleri. “Rehabilitation Services: Provision and Payment”, **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, Vol.96, No.2, February 2017.

GÜLŞEN, Mustafa Alpin ve YILDIRAN, Mustafa. “Mali Regülasyon Olarak Sağlık Regülasyonlarının Sağlık Kurumlarına Etkisi: Türkiye’de Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Uygulama Tebliği”, **Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt.13, Sayı.1, 2017.

GÜRAN, Mehmet Cahit ve CİNGİ, Selçuk. “Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği”, **Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi**, Sayı.3, 2002.

HAN, Paul K. J. ve Diğerleri. “Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy” **Medical Decision Making**, Vol.31, No.6, November 2011.

HILLS, John. ”Taxation for the Enabling State”, **Centre for Analysis of Social Exclusion London School of Economics - Case Paper**, Sayı 41, Ağustos 2000.

IŞIK, Mustafa., IŞIK, Fikriye., KIYAK, Mithat. “Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with U.S., German, British, French and Cuban Healthcare Systems”, **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, No.4, 2015.

JOWETT, Matthew. ”Theoretical Insights Into the Development of Health Insurance in Low-Income Countries”, **Centre for Health Economics**, The University of York, Sayı 188, 2004.

KARACIK, Abdullah. “Türkiye’de Sağlık Sigortaları”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, Sayı 43, Temmuz-Ağustos 2001.

KARAUÇAK, Şebnem. “Avrupa Topluluğunda Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik”, **İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları**, 1990.

KARSAK, E. Ertuğrul ve İŞCAN, Firuzan. “Çimento Sektöründe Göreli Faaliyet Performanslarının Ağırlık Kısıtlamaları ve Çapraz Etkinlik Kullanılarak Veri Zarflama Analizi İle Değerlendirilmesi”, **Endüstri Mühendisliği Dergisi**, Cilt.11, Sayı.3, 2000.

KAYA, Emine Öner ve KAYA, Bekir. “Türkiye’de Hayat Sigorta Şirketlerinin Finansal Performansını Belirleyen Firmaya Özgü Faktörler: Panel Veri Analizi”, **Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi**, Cilt.7, Sayı.12, Ocak 2015.

KAYALI, Cevdet. “Türkiye’de Hayat ve Bireysel Emeklilik Sigortasının Gelişimi ve Etkinlik Değerlemesi”, **Finans Politik & Ekonomik Yorumlar**, Cilt.46, Sayı.529, 2009.

KILIÇ, Bülent. “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Doktor Dergisi**, Cilt.9, Sayı.64, 1994.

KILIÇKAPLAN, Serdar ve HAYIRSEVER BAŞTÜRK, Feride. “Türkiye’de Hayat-Dışı Alanda Faaliyet Gösteren Sigorta Şirketlerinin 2002 Yılındaki Etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi (VZA) İle Ölçülmesi”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.6, Sayı.2, 2004.

KILIÇKAPLAN, Serdar ve KARPAT, Gaye. “Türkiye Hayat Sigortası Sektöründe Etkinliğin İncelenmesi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.19, Sayı.1, 2004.

KNUTZEN, Sverre. “Government regulations, Information Costs and Concentration in the Norwegian Insurance Industry, 1960–1990”, **Scandinavian Economic History Review**, Vol.47, No.1, 1999.

KOCAMAN, A. Mesut., MUTLU, M. Esat., BAYRAKTAR, Demet ve ARAZ, Özgür. “OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi”, **Endüstri Mühendisliği Dergisi**, Cilt.23, Sayı.4, 2011.

KOÇAK, Orhan. “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **İşGüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt.13, Sayı.4, Ekim 2011.

KOÇKAYA, Güvenç., ATİKELER, Kağan ve YENİLMEZ, Fatma Betül. “Türkiye’de Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi”, **Sosyal Güvençe Dergisi**, Sayı.9, 2016.

KURŞUN, Arzu ve BAKICI, Cemil. “Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İnsan Hakları Yılığ**, Cilt:32, 2014.

KUTZIN, Joseph. “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, **Health Policy**, Sayı.56, 2001.

KUTZIN, Joseph. **Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis**, 2000,

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Kutzin-TowardUniversal-whole.pdf>, (01.12.2019).

KÜLÜNK, Mümtaz. “Verimlilik Üzerine”, **Verimlilik Dergisi**, Cilt.5, Sayı.2, 1976.

LAMEIRE, Norbert ve Diğerleri. “Health Care Systems – An International Review: an Overview”, **Nephrology Dialysis Transplantation Association**, Vol.14, No.6, 1999.

LONDANO, Juan-Luiz ve FRENK, Julio. “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America”, **Health Policy**, Vol.41, No.1. 1997.

MADU, Christian N. and KUEİ, Chu-Hua. “Application of Data Envelopment Analysis in Benchmarking”, **International Journal of Quality Science**, Vol.3, No.4, December 1998.

MENDELSON, Daniel N. ve SCHWARTZ, William B., “The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs”, **Health Affairs**, Cilt.12, Sayı.1, 1993.

MCLAUGHLIN, Catherine G. and ZELLERS, Wendy K. “The Shortcomings of Voluntarism in the Small Group Insurance Market”, **Health Affairs**, Vol.11, No.2, 1992.

Ministry of Health and Social Welfare Republic of Liberia, Essential Package of Health Services, 2011, <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19420en/s19420en.pdf>, (06/02/2020).

MIRMIRANI, Sam. “Health Care Efficiency in Transition Economies: An Application of Data Envelopment Analysis”, **International Business & Economics Research Journal**, Vol.7, No.2, 2008.

MIRMIRANI, Sam and LIPPMANN, Masthias. “Health Care System Efficiency Analysis of G12 Countries”, **International Business and Economics Research Journal**, Vol.3, No.5, 2003.

MURRAY, Christopher J. L. ve FRENK, Julio. “A Framework for Assessing the Performance of Health Systems”, **Bulletin of the World Health Organization** 2000, World Health Organization, Cilt.78, Sayı.6, 2000.

MUSGROVE, Philip. “Health Insurance: The Influence of the Beveridge Report”, **World Health Organization Bulletin** ,Vol.78, No.6, 2000.

OECD, OECD Health Statistics 2019: Definitions, Sources and Methods – Private Health Insurance, 2019, <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>, (20/07/2020).

OECD, OECD Health Statistics 2020: Definitions, Sources and Methods – Private Health Insurance, <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>, (15/04/2021), s.1-2

OECD, Proposal for A Taxonomy of Health Insurance, 2004, <https://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>, (06/01/2020).

OKSAY, Atilla. “Avrupa Birliğinde Özel Sağlık Sigortaları”, **Birlik’ten Dergisi**, Sayı:30, Ekim 2012.

OKURSOY, Algin ve TEZSÜRÜCÜ, Didem. “Veri Zarflama Analizi ile Görelî Etkinliklerin Karşılaştırılması: Türkiye’deki İllerin Kültürel Göstergelerine İlişkin Bir Uygulama”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.21, Sayı.2, 2014.

ORAL, İlhan. “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt.2, Sayı.2, 2002.

ORHANER, Emine. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı.1, 2006.

ORHANER, Emine ve EKİNCİ, Nazmiye. “Ankara’da Yaşayan Kişilerin Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, **Sağlık Akademisyenleri Dergisi**, Cilt.6, Sayı.1, 2019.

ÖNCÜ, Semra ve AKTAŞ, Rabia. “Yeniden Yapılandırma Döneminde Türk Bankacılık Sektöründe Verimlilik Değişimi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.14, Sayı.1, 2007.

ÖNDER, Mustafa Erkut., ERSOY, Ersan ve KARACAOĞLU, Korhan. “Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, **Uluslararası İş, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi**, Yıl.1, Sayı.1, Ocak 2016.

ÖZCAN, Yaşar ve ÖZGEN, Hacer. “Sağlık Sigortacılığı Politikasında Amerikan Sağlık Sigorta Sisteminden İzlenimler”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı.7, Cilt.4, 2001.

ÖZDEN, Ünal H. “Veri Zarflama Analizi (VZA) İle Türkiye’deki Vakıf Üniversitelerinin Etkinliğinin Ölçülmesi”, **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Cilt.37, Sayı.2, 2008.

ÖZER, Özlem ve Diğerleri, “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı.42, Mart 2014.

ÖZER, Özlem ve ŞANTAŞ, Fatih. “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt.3, Sayı.2, Nisan 2012.

ÖZGEN, Hacer. ”Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 10, Sayı 2, 2007.

ÖZLÜ, Tevfik. “Sağlıkta Finansman Modelleri”, **Medi Magazin Dergisi**, Sayı.349, 2008.

ÖZSARI, Haluk ve GÜDÜK, Özden. “Bazı sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirmesi”, **ACU Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt.11, Sayı.3, 2020.

ÖZSEVER, Çiğdem., GENÇOĞLU, Tülay ve ERGİNEL, Nihal. “İşgücü Verimlilik Takibi İçin Sistem Tasarımı ve Karar Destek Modelinin Geliştirilmesi”, **Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, Sayı.18, Nisan 2009.

ÖZTEK, Zafer. “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı.1, 2001.

PALA, Kayıhan. “Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı ve Türkiye Deneyimi”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, Cilt.12, Sayı.3, 2014.

PAMUKÇU, Ethem Baturalp. “Sigorta Kavramı ve Sigortacılık Eğitiminin Önemi”, **Sigorta Dünyası**, sayı.383, (Nisan 1995).

PAOLUCCI, Francesco ve Diğerleri. “Supplementary Health Insurance As a Tool for Risk-Selection in Mandatory Basic Health Insurance Markets”, **Health Economics, Policy and Law**, Vol.2, No.1, 2007.

PEDRAJA-CHAPARRO, Francisco., JIMENEZ, Javier Salinas and SMITH, P. “On The Quality of the Data Envelopment Analysis Model”, **Journal of the Operational Research Society**, Vol.50, 1999.

PEKTEN, Ali. “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı.61, 2006.

POWELL, Thomas. “The Structure of the NHS”, **House of Commons Briefing Paper**, Paper No.07206, March 2016.

ROCCA, Antonella La and HOHOLM, Thomas. “Coordination Between Primary and Secondary Care: The Role of Electronic Messages and Economic Incentives”, **BMC Health Services Research**, Vol.17, No.149, 2017.

ROS, Corina C., GROENEWEGEN, Peter P. ve M.J. DELNOIJ, Diana. “All Rights Reserved or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrangements and Characteristics of Health Care Systems”, **Health Policy**, Cilt.52, Sayı.1, 2000.

ROSS, Anthony and DROGE, Cornelia. "An Integrated Benchmarking Approach tı Distribution Center Performance Using DEA Modeling", **Journal of Operations Management**, Vol.20, 2002.

SAYIM, Ferhat. "Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler", **Akademik Ar-Ge Dergisi – Sosyal Bilimler**, Sayı.15, 2015.

SEKHRI, Neelam and SAVEDOFF, William D. "Private Health Insurance: Implications for Developing Countries", **Policy and Practice**, Vol.83, No.2, February 2005.

SHERMAN, H. David. "Data Envelopement Analysis As A New Managerial Audit Methodology – Test and Evaluation", **Journal of Practice and Theory**, Vol.4, No.1, 1984.

SÖZER, Ali Nazım. "5510 Sayılı Yasaya İlişkin Değişiklik Tasarısında Genel Sağlık Sigortası: İlgili Anayasa Mahkemesi Kararı Işığında Bir Değerlendirme", **İşveren Dergisi**, Cilt.46, Sayı.7, Nisan 2008.

SU, Mustafa. "Özel Sağlık Sigortası Sistemine Giren Kişilerin Sayısında Önemli Düşüş Olacaktır", **Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Dergisi**, Sayı.2, 2004.

SÜZEL Cüneyt. "Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliği Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi", **Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi**, Cilt.24, Sayı.2, Aralık 2018.

ŞAKAR, Müjdat. "Sosyal Güvenlik Reformu Hemen Yapılmalıdır", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Yıl.1, Sayı.3, Ocak 1999.

TAJİKA, Eiji and KIKUCHI, Jun. "The Roles of Public and Private Insurance for the Health Care Reform of Japan", **Policy Research Institute Public Policy Review**, Vol.8, No.2, July 2012.

TAPAN, Birkan ve Diğerleri. "Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi", **FNG & Bilim Tıp Dergisi**, Cilt.1, Sayı.2, 2015.

TAŞKIN, Ercan ve ŞENER, Yelda. "Türkiye Sigorta Pazarının Avrupa ve ABD Sigorta Pazarları ile Karşılaştırılması", **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, Sayı 49, 2004.

TATAR, Fahrettin. "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı.25, 1996.

TATAR, Mehtap. "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, 2011.

TETİK, Semra. “İşletme Performansını Belirlemede Veri Zarflama Analizi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.10, Sayı.2, 2003.

THOMSON, Sarah ve MOSSIALOS, Elias. “Voluntary Health Insurance: In the European Union”, **European Observatory on Health Systems and Policies**, 2004.

THORPE, Kennet E., FLORENCE, Curtis S., HOWARD, David H. and JOSKI, Peter. “The Rising Prevalence of Treated Disease: Effects of Private Health Insurance Spending”, **Health Affairs**, Vol.24, No.1, 2005.

TİRYAKİ, Derya ve TATAR, Mehtap. “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, (2000).

TOMKINS, Cyril and GREEN, Rodney. “An Experiment in the Use of Data Envelopement Analysis for Evaluating the Efficiency of UK University Departments of Accounting”, **Financial Accountability and Management**, Vol.4, No.2, 1988.

TOPCUK, Yılmaz. “Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.14, Sayı.74, 2011.

The Health Insurance Authority, Selecting A Health Insurance Plan, <https://www.hia.ie/sites/default/files/June%202017%20Selecting%20Insurance%20Plan%20Booklet.pdf>, (011/03/2020).

The Henry J. Kaiser family Foundation, How Private Health Coverage Works: A Primer 2008 Update, 2008, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7766.pdf>, (30/10/2020).

THORPE, Kennet E., “The Rise in Health Care Spending and What to Do About it”, **Health Affairs**, Cilt.24, Sayı.6, 2005.

TİRYAKİ, Derya ve TATAR, Mehtap. “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, 2000.

TUNÇ, Orhan ve KIYAK, Mithat. “Türkiye ve Avrupa’da Özel Sağlık Sigortaları”, **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, Issue.3, 2015.

VAROĞLU, Fatma Özge, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye’deki Gelişim Süreci”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı.3, (2013), s.27-29

VIVERITA, Viverita. “Efficiency Analysis of Private Insurance Firms Before and After the Application of BPJS Regulations”, **Advances in Economics, Business and Management Research**, Vol.89, 2018.

WOUTERS, Oliver J. and MCKEE, Martin, “Private Financing of Health Care in Times of Economic Crisis: A Review of the Evidence”, **Global Policy**, Vol.8, No.2, March 2017.

YALÇIN, Türkan. “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt.40, 2001.

YENER, Erol ve ÖKSÜZ, Sezer. “Özel Hastanelerin Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Çözüm Önerileri”, **Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.10, Sayı.2, Nisan 2017.

YILDIRIM, Suat ve KILIÇ, Metin. “Vaka Başı Muayene Maliyetlerinin Kontrol Edilebilirliği”, **Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt.7, Sayı.1, 2014.

YÜCEL, Ali N. “Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, **Reasürör Dergisi**, Sayı.17, 1995.

ZACHARIAH, Anand. “Tertiary Health Care Within A Universal System: Some Reflections”, **Economic and Political Weekly**, Vol.47, No.12, March 2012.

KANUN, YÖNETMELİK, TEBLİĞ, RESMİ GAZETE

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kabul Tarihi: 16/05/2006, 26173 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 20/05/2006.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi: 31/05/2006, 26200 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 16/06/2006.

5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu, Kabul Tarihi: 03/06/2007, 26552 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 14/06/2007.

6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu, Kabul Tarihi: 13/01/2011, 27846 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 14/02/2011.

6824 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik yapılmasına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 23/02/2017, 30001 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 08/03/2019.

29136 Sayılı, 01/10/2014 Tarihli Resmi Gazete.

29921 Sayılı, 17/12/2016 Tarihli Resmi Gazete

31094 Sayılı, 09/04/2020 Tarihli Resmi Gazete,

31468 Sayılı, 28/04/2021 Tarihli Resmi Gazete

Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği.

28/04/2021 Tarihli Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT,

Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 23/10/2013 Tarihli 28800 Sayılı Resmi Gazete

Türkiye Sigorta Birliği, Sağlık Sigortası Genel Şartlar, <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=513>, (06/01/2020)

TEZLER

ALAN, Makbule. “Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2009

ARIK, Özlem. “Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel sağlık Sigortalarının ve Avrupa Birliğindeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Bir Karşılaştırma”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2010

AVŞAR, Nazan. “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi”, **Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.

BALKANLI, Meltem. “Özel sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2017.

BİTİMLİ, Gülnur. “Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2019.

DAĞ, Celal. "Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Seçilmiş Bazı Ülke Sistemleri İle Karşılaştırmalı Analizi", **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013.

DEPREN, Özer. “Veri Zarflama Analizi ve Bir Uygulama”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2008.

DİNÇKÖKLÜ ÇAKIR Özlem. “Türkiye ve Avrupa Birliğinde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016.

DUYUK, Gürkan. “Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.

ER, Ünal. “Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.

GÜVERCİN, Cemal Hüseyin. “Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri, Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler”, **Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi**, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2000.

KAYA, Aygöl. “Türkiye İle Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2011.

İNCE, Gülay. “Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014

KESKİN, Hakan. “Özel sağlık sigortasının Gelişme Potansiyeli Üzerine Tüketici görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2019.

KILINÇ, Fatma Esin. “Türk Sigortacılık Sektörünün Veri Zarflama Analizi Yöntemi ile Etkinliğinin Araştırılması”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2009.

KIRIMLI, Gül. “Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013.

LORCU, Fatma. “Veri Zarflama Analizi İle Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi”, **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.

ORAL, A. İlhan. “Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları”, **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2001.

ORHAN, Ece. “Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.

ÖZBEK, Sinem. Sigorta Şirketlerinin Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi İle İncelenmesi”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

ÖZMERT KOÇER, Şeniz. “Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları”, **Uzmanlık Tezi**, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014.

ÖZTÜRK. Nuray. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği: Vatandaş Görüşlerinin Belirlenmesi”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014.

PAMİR, Zeynep İdil. “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Sektöründe Hizmet ve Ürün Yeterliliğinin Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama” , **Yayımlanmamış Yüksek**

Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2010.

SARI, Zuhale. “Veri Zarflama Analizi ve Bir Uygulama”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.

ŞENALP, Vural. “Özel Sağlık Sigortalarının Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma”, **Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.

ŞENER, Mehmet. “Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2017

TAPAN, Birkan. “Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliği”, **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.

UĞUR, Suat. “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi” **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2004.

UZUN, Serpil. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.

YENİMAHALLELİ-YAŞAR, Gülbiye. “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi” **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

YILDIZ, Ufuk. “Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analizi İle Etkinliğinin Ölçülmesi”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, 2012

YİĞİT, Filiz. “Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

ZENGİN, Hacer. “Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.

İNTERNET KAYNAKLARI – VERİ TABANI

CDC.gov, <https://www.cdc.gov/nchs/data/abus/2018/042.pdf>, (23/10/2020)

CMS.gov, Historical, <http://web.archive.org/web/20160327061235/https://www.cms.gov/Research->

Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Tables.zip, Tablo 3, (25/10/2020)

Destatis, Statiches Bundesamt, <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/Tables/sources-of-funding.html;jsessionid=2BAEEC1859F5453D705E3C6301F3797D.internet8721>, (08/11/2020)

DestatisStatichesBundesamt, GENESIS ONLINE, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1604762559559&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=23611-0001&auswahltext=&werteabruf=Value+retrieval#abreadcrumb>, (03/11/2020)

England GDP Per Capita 1960-2020, <https://www.macrotrends.net/countries/GBR/united-kingdom/gdp-per-capita>, (05/01/2020)

England Population 2019, <http://worldpopulationreview.com/countries/england-population/>, (05/01/2020)

gbe-bund.de, Healthexpenditures in Germany as share of GDP and in millions of Euro (absoluteandperinhabitant)http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/XWD_30/D.000/3732, (03/11/2020)

Germany Population (Live), <https://www.worldometers.info/world-population/germany-population/>, (06/11/2020)

Health Insurance Options in Germany -2021, <https://www.howtogermany.com/pages/healthinsurance.html>, (01/06/2021)

The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland – General Information, http://skola.amoskadan.cz/s_aj/AJpdf/aepdf/ae01.pdf, (05/01/2020)

<http://worldpopulationreview.com/countries/united-states-population/>, (29/10/2020)

<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=23611-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1604766720138#abreadcrumb>, (03/11/2020)

<https://www.gesetzlichekrankenassen.de/kassen/kassen.html>, (15/10/2020)

<https://www.saglikpersoneliyiz.com/gundem/yillardir-guncellenmeyen-sut-fiyatlari-guncellendi-h389.html>, (15/11/2020)

<https://www.ukpublicspending.co.uk/uk-national-healthcare-analysis>, (05/01/2020)

Medicare & Medicaid, <https://www.inc.com/encyclopedia/medicare-and-medicaid.html>, (23/12/2019)

OECD Data, Health Spending Per Capita, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (08/11/2020)

OECD, Data, Health Spending, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (12/03/2021)

ons.gov.uk, Office for National Statistics, U.K HealthAccountsReference Tables, HealthAccountsFinancing Data 1997 to 2018, Table1ato 1e, Table 2a to 2c, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcare/system/datasets/healthaccountsreferencetables>, (08/11/2020)

sgk.gov.tr, Aylık İstatistik Bilgileri, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik-istatistik-bilgileri>

Sosyal Güvenlik Kurumu, 16 Haziran 2020 Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana-hizmet-birimleri/gss-genel-mudurlugu/anasayfa-duyurular/18062016-guncel-sut>, (13/11/2020)

Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni, Sağlık İstatistikleri, Aralık 2020, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik-istatistik-bilgileri>, (01/03/2021)

Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf>, (06/02/2020)

The World Bank National Accounts Data, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=US>, (30/10/2020)

The World Bank, (Current US \$) United States, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=US>, (23/10/2020)

The World Bank, GDP Per Capita (Current US \$) United States, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=US>, (23/10/2020)

Tradingeconomics.com, Germany GDP Per Capita, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp-per-capita>, (06/11/2020)

Tradingeconomics.com. Germany GDP, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp>, (06/11/2020)

tradingeconomics.com, Germany GDP, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp>, (03/11/2020)

tradingeconomics.com, Germany GDP Per Capita, <https://tradingeconomics.com/germany/gdp-per-capita>, (03/11/2020)

TÜİK, Nüfus İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>, (06.04.2021)

TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>, (01.06.2021)

TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k%20harcamalar%C4%B1&dil=1>

Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (09/12/2019)

Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Prim Üretimleri Sıralama 2019-2020, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (05/04/2021)

Türkiye Sigorta Birliği, Resmi İstatistikler, Sağlık Analizleri 2010 – 2020, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (23/01/2021)

Türkiye Sigorta Birliği, Sigorta Tanımları, Hasar Prim Oranı, <https://www.tsb.org.tr/sigorta-tanimlari.aspx?pageID=648>, (02/01/2020)

WHO Country Profile, <https://www.who.int/countries/usa/en/>, (24/10/2020)

worldometers.info, Germany Population (Live), <https://www.worldometers.info/world-population/germany-population/>, (01/11/2020)

worldometers.info, U.K. Population (Live), <https://www.worldometers.info/world-population/uk-population/>, (04/11/2020)